

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 novembre 1892, à 1 heure

Par A. FARAGGI

Né à Constantinople le 29 novembre 1861

REIN MOBILE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA NÉPHRORRHAPHIE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Procédé de M. Tuffier

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
TUFFIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

3

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 novembre 1892, à 1 heure

Par A. FARAGGI

Né à Constantinople le 29 novembre 1861

REIN MOBILE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA NÉPHRORRHAPHIE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Procédé de M. Tuffier

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
 { TUFFIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	ÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTENESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGER

Chirurgien des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de médecine opératoire
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

REIN MOBILE

Indications et contre-indications de la Néphrorrhaphie

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

AVANT-PROPOS

Au mois de février 1891, le hasard des circonstances me fit entrer à l'hôpital Beaujon, où j'ai eu la bonne fortune de suivre M. Tuffier. Peu après, je fus frappé de la fréquence relative des cas de rein mobile qui se présentaient à nous.

Une courte analyse nous a montré que les malades, presque toutes des femmes, venaient nous demander nos soins pour des causes diverses. Les unes, à la suite d'un effort violent ou d'une chute, se plaignaient de douleurs lointaines, à des degrés différents, les obligeant quelquefois à cesser tout travail. D'autres ne venaient nous consulter que pour des troubles digestifs et nerveux, surtout nerveux. On découvrait par la palpation un rein flottant.

Ces derniers malades examinés avec plus de soin, nous montraient une ptose générale de tous les viscères abdominaux décrite pour la première fois sous le nom d'enté-

roptose par Glénard de Lyon (1). Mais cet auteur voulut faire de la chute de la glande rénale le résultat d'une ptose de l'anse transverse du colon.

Dans ces cas, au contraire, l'ectopie rénale n'est qu'un accident consécutif de cette dystrophie générale des tissus, véritable entité morbide que M. Tuffier (2) a le premier décrite et publiée et à laquelle il attache son nom.

Le sujet de mon travail inaugural était trouvé.

L'étude de chaque malade facilitée par les enseignements du jeune maître me permit de réaliser le plan conçu dont voici la division :

1° Peser les indications à chaque variété de rein mobile et considérer les résultats éloignés de l'intervention médico-chirurgicale.

2° Appliquer les données acquises à de certaines pyonéphroses.

Dix-huit observations personnelles relevées dans le service constitueront les moyens dont nous userons pour arriver au double but que nous avons indiqué dans notre division.

En insérant le nom de M. Tuffier en tête de ce travail, je ne prétends lui exprimer qu'une faible partie de ma reconnaissance. Après avoir appelé mon attention sur ce sujet de thèse, il n'a cessé de m'encourager de ses bienveillants conseils. Qu'il me permette de lui dire encore une fois : merci.

Veuille M. le chirurgien Théophile Anger agréer, lui

1. Glénard, *loc. cit.*

2. Tuffier, *Congrès de chirurgie*, 1891, et *Semaine médicale*, 1891, n. 46.

aussi, l'expression de ma profonde gratitude pour son excellent accueil et ses sages conseils, fruit d'une longue expérience.

M. le professeur Tillaux a daigné me faire le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Je le prie d'agréer, avec mes remerciements bien sincères, le témoignage de ma vive admiration pour ses savants ouvrages. L'Ecole de Constantinople en traduisant son ouvrage d'anatomie topographique en langue turque n'a rendu qu'un juste hommage à son grand mérite.

Je ne saurais oublier enfin que M. le Dr Weber, avec une courtoisie toute française, a bien voulu occidentaliser le style parfois trop oriental de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

I

Les indications de la néphrorrhaphie ne se peuvent bien saisir que si l'on se rend un compte exact des formes et des modalités cliniques présentées par le rein mobile. Ces formes d'ailleurs caractéristiques sont les suivantes :

1° La forme simple classique ;

2° La forme compliquée entrevue par Glénard de Lyon et si bien mise en lumière par notre maître M. Tuffier.

Le rein mobile peut être atteint de complications telles qu'une pyonéphrose ou une hydronéphrose, dans lesquels une néphrorrhaphie pourra être indiquée. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

C'est donc par la description de ces formes cliniques de la maladie que nous allons aborder notre étude.

DU REIN MOBILE SIMPLE.

II

Le rein mobile simple est celui qui s'observe le plus souvent chez des individus ayant une bonne constitution

relative et dont l'état général ne laisse rien à désirer. Je ne veux pas dissenter à perte de vue sur les questions d'étiologie qui n'entreraient point dans le cadre de cette étude. Voici cependant quelques données nécessaires à la clarté du sujet.

Les causes du rein mobile simple sont prédisposantes et déterminantes.

Une des causes prédisposantes qui joue certainement un rôle dans la production de cette maladie est la grossesse. Elle serait d'autant plus active que les femmes ont accouché plus souvent et à des intervalles plus rapprochés. A ce sujet, les statistiques nous disent ceci : Sur quarante-deux cas d'ectopie acquise, Landau (1) sur vingt-huit cas observés par Senator (2), cinq seulement appartenaient à des nullipares. Lindner (3) sur soixante-six cas de rein mobile trouvait vingt quatre nullipares, douze primipares et trente multipares. M. Tuffier (4), sur un total de vingt-deux opérations ne constatait que trois cas de rein mobile chez les nullipares. Cependant les dix-huit cas qui me sont personnels donnent six nullipares.

Les affections du foie peuvent être incriminées dans la production du rein flottant.

C'est ainsi que M. le professeur Potain a remarquablement mis en lumière la relation qui existe entre les mala-

1. In Sulzer, *loc. cit.*
 2. In Sulzer, *loc. cit.*
 3. In Sulzer, *loc. cit.*
 4. Tuffier. *Nouveau traité de chirurgie*, t. VII, art. *Rein mobile*.
- } Arnould, *cont. à l'étude sur l'hydronéphrose*.

dies de la glande hépatique et les déplacements du rein droit.

Cet éminent clinicien a démontré que l'ectopie rénale était souvent précédée de poussées congestives du foie avec ou sans ictère.

A la suite de l'augmentation du volume de la glande hépatique, le rein subit un abaissement progressif et finit quelquefois par se mobiliser complètement. Si le foie revient alors à son volume normal le rein n'en reste pas moins déplacé. Dernièrement il a décrit une variété plus rare encore d'abaissement du rein à laquelle il a donné le nom de déplacement par antéversion. L'extrémité supérieure de la glande rénale peut se faire sentir au dessous du rebord des fausses côtes, et ceci grâce à un mouvement de bascule en avant subi par cette extrémité en glissant sous la face inférieure du foie. De cette manière l'axe du rein se trouve de ce chef presque perpendiculaire à l'axe du corps au lieu d'être parallèle, c'est-à-dire de vertical il devient horizontal. M. le professeur Potain décrit un processus pathologique particulier au tissu périrénal qui serait capable d'amener le déplacement sus-mentionné.

Dans la majorité des cas, dit-il, il existait de la lithiase biliaire ; il est fréquent que cette affection s'accompagne d'irritation péritonéale autour des voies d'excrétion de la bile, irritation qui se propage au tissu sous-péritonéal retro-colique. Cette péritonite localisée se transmet ainsi jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein qui perd sa tonicité, surtout à la partie supérieure plus spécialement atteinte.

Le rein alors n'est plus maintenu que par la partie inférieure de sa loge qui le retient à la façon d'une hotte (1).

A l'appui de cette opinion, M. Tuffier a signalé au congrès de chirurgie en 1890, une observation qui après plusieurs congestions hépatiques accompagnées de rein mobile, succomba à une cirrhose du foie. Nous avons observé dans notre service avec M. Tuffier deux cas du même genre dont il me fut impossible d'apprendre l'histoire. Le premier était celui d'une jeune fille atteinte d'un énorme kyste hydatique du foie accompagné d'un rein flottant.

Le second appartenait à un sujet qui, après avoir contracté de nombreuses congestions hépatiques au Tonkin, fut adressé à son retour en France à notre maître pour un abcès du foie.

Le malade présentait outre son abcès du foie un rein mobile. Il guérit de son foie, mais le rein resta mobile.

On voit que, dans ses conditions, les lésions hépatiques avec déplacement rénal sont relativement fréquentes et qu'il ne faudrait pas négliger d'examiner les deux glandes à la fois sous peine d'ignorer cette cause possible d'ectopie rénale.

Il est un autre facteur dont il faut tenir compte et qui lui aussi, a son importance dans l'étiologie de la néphropose : je veux parler de l'état social de la femme.

Après l'accouchement, la paroi abdominale distendue se trouve subitement relâchée ; il en est de même du plancher pelvien.

1. Potain, Assoc. pour l'Ac. des Sciences, Limoges, 1890.

Si dans ces circonstances, la femme est obligée de quitter trop hâtivement son lit et de reprendre son travail, toutes les causes de néphroptose se trouvent réunies. C'est ainsi que, dans certaines régions de l'Autriche et du Holstein, les femmes pauvres donnent dix pour cent de rein mobile (1).

Parmi les causes déterminantes, les traumatismes peuvent être mis en première ligne. C'est ainsi qu'agissent les efforts, les quintes de toux, et la pression du foie hypertrophique ou congestionné. Ces deux dernières causes exceptionnelles pour Lancereaux (2), sont au contraire susceptibles d'agir sur le rein droit et de le chasser hors de sa loge.

Mais le traumatisme direct ou indirect (chute sur les pieds, coup porté directement sur la région lombaire) est tellement indéniable qu'on pourrait avec M. Duchesne réunir ces cas sous la rubrique de : rein mobile traumatique.

Les traumatismes à la suite desquels le rein peut se luxer peuvent être de plusieurs sortes : Les traumatismes directs et continus sont les liens constricteurs de la taille et surtout le corset. Mais comme le fait très judicieusement observer M. Tuffier, le nombre de corsets trop serrés est infiniment plus élevé que celui des reins flottants, de sorte que cette cause peut, sinon être écartée, du moins être considérée comme secondaire.

Les coups directs portés sur la région lombaire, surtout les chutes sur les pieds et le siège, sont indiscutables,

1. Tuffier. *Traité de chirurg.*, t. VII. Art. *Rein mobile*.

2. Lancereaux. *Dict. Encycl.* Art. *Rein*.

témoin le cas de cet officier qui se luxa les deux reins à la suite d'une chute de cheval (1).

A ce sujet il faut considérer des prédispositions anatomiques congénitales lesquelles à la suite du moindre traumatisme, déterminent une néphroptose. Pour bien comprendre ces prédispositions, il est de toute nécessité de dire quelques mots sur les moyens de fixité du rein.

Les reins considérés d'une façon générale, sont fixés, d'après M. le professeur Sappey, par une enveloppe celluloso-fibreuse, à laquelle s'ajoute une quantité variable de tissu adipeux déjà connu par Haller sous le nom de capsule graisseuse. Cette capsule se compose de deux éléments : un élément celluloso-fibreux et un élément adipeux.

L'élément celluloso-fibreux dépend du péritoine et porte le nom de *fascia propria*.

Arrivé au niveau du rein, le fascia se dédouble : L'un de ses feuillets passe au-devant l'organe, avec le péritoine qui l'accompagne ; l'autre s'engage sous la face postérieure du rein, ainsi que sous les vaisseaux rénaux, pour se confondre avec le feuillet précédent. A sa partie supérieure, ces feuillets s'unissent de façon à séparer l'organe de la capsule surénale, tandis qu'à la partie inférieure ils se prolongent en s'amincissant jusqu'au détroit supérieur du bassin. La face profonde de ces feuillets adhère à la glande par des tractus plus ou moins résistants et la face superficielle s'unit de même aux parties environnantes par les prolongements cellulaires plus ou moins lâches.

1. Hendoh cité par Moris Tuffier. *Nouveau traité de chirurgie*, t. VII, art. *Rein mobile*.

Chez le fœtus, l'élément adipeux n'existe pas, ce n'est que vers l'âge de dix ans qu'il commence à se montrer. Cette quantité de graisse chez l'adulte est très variable et si molle qu'elle se prête à de légères oscillations (1).

Ces quelques données anatomiques nous montrent que le rein n'est pas bien fixé dans la position qu'il occupe. Le rein suspendu par son pédicule étant situé un peu au-dessus de lui et obliquement, n'est retenu dans cette position que par des adhérences très faibles, et surtout par le péritoine pariétal qui passe au-devant de lui et l'accôle à la paroi lombaire.

On ne saurait donner ici une grande importance au tissu adipeux comme moyen de contention. Il ne servirait en réalité que comme un coussin moelleux, pour amortir les chocs et les pressions que cet organe paraît subir de par les violences extérieures ou la pression interne. Du reste, ce coussinet n'est pas spécial au rein car nous le trouvons autour d'autres organes tels que les colons ascendant et descendant.

Un des principaux facteurs du maintien de la glande dans sa position est la paroi abdominale elle-même. Cette paroi distendue pour une cause ou une autre (grossesses répétées, ascites) venant à se relâcher, toute la masse intestinale tend à se déplacer et alors les reins suivent la même influence. Mais le tube digestif ne peut se déplacer de la même façon à droite et à gauche. A gauche, l'estomac est maintenu dans une position presque inamovible par le cardia suspendu pour ainsi dire à l'extrémité

1. Sappey, *Ant. descr.*, p. 517, t. IV.

inférieure de l'œsophage et en même temps par les deux replis péritonéaux qui vont de l'estomac au foie et à la rate, ces deux organes étant eux-mêmes maintenus à leur place par des ligaments très puissants.

Cependant l'estomac peut se dilater et par conséquent abaisser la masse intestinale qui se trouve au-dessous de lui. Il devrait repousser cette masse également à droite et à gauche. Mais dans cette dernière il y a une résistance créée par un ligament puissant décrit par Cruveilhier (1) et qui unit le diaphragme à l'angle qui sépare le colon transverse du colon descendant. A droite ce ligament manque et cette partie du tube digestif n'est retenue que par des tractus très lâches, tandis qu'au contraire il est relié en bas par un ligament très puissant décrit par M. Tuffier (2) sous le nom de ligament supérieur du cœcum et qui unit cette partie du tube digestif soit à la paroi lombaire, soit à l'extrémité inférieure du rein.

D'après ces notions anatomiques on comprend facilement les causes qui président au déplacement rénal plus fréquent à droite qu'à gauche.

Zuckerhandl trouve la description du professeur Sappey absolument exacte, mais incomplète. Il y aurait lieu pour cet auteur de faire une distinction entre le rein droit et gauche, les moyens de fixité variant de chaque côté.

Rein droit. — Cet auteur envisage tout d'abord les rapports du rein avec le colon ascendant. Si cette anse intes-

1. Cruveilhier. *Anat. Descrip.*, t. III, p. 531.

2. Tuffier. *Etude sur le cœcum et les hernies*, 1887.

finale n'est pas distendue par les gaz, on pourrait d'après lui, sans la déplacer, voir la partie supérieure et même la partie moyenne du rein. Souvent même le colon ascendant n'adhérerait qu'à l'extrémité inférieure de la glande; ainsi la face antérieure du rein serait complètement libre. Cette face libre serait recouverte par le péritoine qui viendrait de la paroi lombaire et irait rejoindre le colon ascendant. Dans cette membrane il y aurait une couche de tissu lamelleux pouvant s'infiltrer de graisse. A la partie postérieure du rein il y aurait une lame de tissu conjonctif qui irait sur les limites du rein, se joindre au péritoine.

Cette lame qui a été prise par Arnold pour le feuillet postérieur du péritoine et que Sappey et Henle considèrent comme la lame postérieure de la capsule adipeuse a été désignée par Zuckerkandl sous le nom de fascia retro-rénal.

Dans ces conditions, le rein droit aurait trois enveloppes distinctes et concentriques qui sont en allant de la profondeur à la surface :

- 1° Capsule propre ;
- 2° Capsule graisseuse ou de Haller ;
- 3° Une troisième enveloppe formée en avant par le péritoine et en arrière par le fascia retro-rénal.

Rein gauche. — Ici les choses se passeraient d'une autre façon d'après le même auteur.

A la face postérieure du rein gauche les mêmes couches existent comme du côté droit, mais sur la face antérieure complètement libre le colon descendant n'étant en rapport qu'avec son bord externe le feuillet péri-

tonéal qui tapisse cette face est renforcé par une lame conjonctive résistante, dépendant d'après Toldt (1) du péritoine pariétal renforcé par le mésocolon. Cette lame en s'unissant à la partie postérieure avec le fascia retro-rénal de Zuckerkandl lui forme une capsule complète quelquefois ouverte au niveau du hile.

A part ces moyens de fixité nous devons signaler pour le rein droit deux replis formés par le péritoine, et qui s'étendent, le premier, du rein à la face inférieure du foie ou ligament hépato-rénal et le second le ligament duodéno-rénal de Huschke qui descend de l'extrémité supérieure du rein à l'angle supérieur du duodénum sur le côté droit duquel il s'insère.

Pour M. Sappey, la graisse péri-rénale jouerait un rôle important dans la fixation du rein. Ces deux éléments concourraient au même résultat. D'après M. Tuffier cette capsule graisseuse ne saurait être considérée comme moyen de fixité importante. Cette graisse ne jouerait aucun rôle fixateur, de par sa mollesse et son élasticité, elle n'aurait qu'un rôle protecteur dans les différents mouvements ou chocs.

La partie la plus importante pour le maintien de la glande rénale, et comme nous l'avons dit, n'est autre que le feuillet pariétal du péritoine doublé à gauche par la lame conjonctive de Zuckerkandl.

La partie inférieure du péritoine qui tapisse la face antérieure du rein surtout du côté droit s'unit par des lamelles plus ou moins lâches au fascia rétro-rénal de

1. Delagenière. Thèse de Paris, 1892, page 15.

Zuckerkindl. C'est donc par là que s'échappe le rein comme un noyau de cerise pressé entre les doigts, à la suite d'un choc ou d'un effort. Mais la graisse péri-rénale qui amortit le choc ou la pression, et surtout la direction du rein, jouent un certain rôle en exerçant la plus forte pression par l'extrémité supérieure où correspond la partie de la lame la plus résistante.

Le rein est dirigé de dedans en dehors et un peu d'avant en arrière, de manière qu'à la suite d'un choc ou une pression c'est l'extrémité supérieure de l'organe qui pèse le plus sur la membrane, partie résistante, sans que la partie inférieure ait beaucoup à supporter, partie faible.

Toutefois le fascia rétro-rénal et le péritoine qui tapissent la face antérieure du rein ne s'unissent pas quelquefois au niveau de l'extrémité inférieure et restent indépendants l'un de l'autre, de manière que cette disposition peut être considérée comme une prédisposition congénitale de quelques sujets à présenter un rein mobile accidentel à la suite d'un effort qui n'aurait pu déterminer chez un autre individu dont les dispositions anatomiques seraient normales et dont la loge rénale serait fermée de tous les côtés.

Le rein droit se déplace plus souvent que le gauche. Les raisons données sont nombreuses. Tout d'abord, nous avons fait ressortir le rôle important de la membrane de Zuckerkindl. Nous avons vu que cette membrane n'existe pas à droite, ou si elle existe dans quelques cas, elle est très rudimentaire. Or, la paroi antérieure de la capsule rénale la plus résistante (car c'est elle qui

supporte la majeure partie du poids de la glande) se trouve de ce chef plus affaibli à droite qu'à gauche.

Dans ces conditions, outre que le rein droit se trouve mal soutenu relativement au rein gauche, souvent, à son extrémité inférieure se trouve suspendu une partie du gros intestin. De ce côté, le colon n'est pas soutenu comme du côté gauche par le ligament pleuro-colique. De plus, le ligament décrit par M. Tuffier et qui unit le cœcum à l'extrémité inférieure du rein droit peut exercer une traction bien plus forte si le cœcum se trouve déplacé. L'artère rénale gauche serait plus courte que la droite. La veine susrénale droite se rend à la veine cave tandis que la gauche se rend à la veine rénale.

Enfin pour M. Tuffier le colon prend un point d'appui sur le rein droit au lieu de le soutenir ; il tend à l'attirer en bas, surtout quand il est rempli des produits de la digestion, gaz et matières. Le duodénum, d'après Zuckerkandl, prend son appui sur le rein droit, ce qui ne contribue certainement pas à maintenir fixe la glande.

En prenant en considération le contact immédiat du foie avec le rein et la pesanteur que le premier peut exercer sur le second dans une foule de maladies, on comprendra avec facilité les raisons qui militent en faveur de la fréquence du déplacement du rein droit par rapport au rein gauche.

II

Un grand nombre de femmes atteintes de rein mobile n'ont jamais présenté aucun symptôme spécial, et souvent nous avons constaté cette affection chez des sujets qui nous venaient consulter pour une maladie très différente.

Walther (1), pour se faire une idée de la fréquence de la néphroptose avec phénomènes douloureux, examinait tous les malades qui se présentaient à lui. Il est arrivé à ce résultat que l'ectopie rénale se rencontre chez un grand nombre d'individus qui, n'en souffrant nullement, ne s'en préoccupent pas et ignorent même le fait de la mobilité de leur rein.

Il est probable, comme le dit M. Tuffier, qu'il s'agit là de déplacements congénitaux. On a même prétendu, en alléguant ces faits, que presque tous les reins mobiles passaient inaperçus, et que leur découverte était due au hasard d'un traumatisme ou d'un effort violent. De même certaines tumeurs de l'abdomen passent quelquefois inaperçues jusqu'au jour où un traumatisme ou une cause quelconque les met en évidence. Nous avons observé avec notre Maître M. Tuffier un homme qui a été opéré dans notre service d'un kyste chileux du mésentère. Cet individu, dont l'histoire de sa maladie a été présentée à la Société de Chirurgie par notre Maître en juillet 1892, était jusque-là bien portant, lorsque à la suite d'un choc

1. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 7^e édit., p. 800.

sur le ventre, il s'est aperçu du jour au lendemain d'une tumeur mobile qui lui causait des douleurs très vives.

M. Tillaux en a cité un cas semblable.

Quoiqu'il en soit, le sujet atteint de néphroptose se présente à nous dans les conditions suivantes que j'emprunte à un de mes malades :

« Il y a environ trois mois, m'aidant d'une échelle,
« j'étendais du linge. Un brusque mouvement me projeta
« sur le sol et depuis lors je souffre de mon rein, surtout
« après une fatigue. La douleur cesse par le repos dans
« la position horizontale. »

La version racontée par les malades varie avec la nature de leurs traumatismes.

Tantôt, il s'agit d'un effort violent, tantôt d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé, etc., etc. Certains d'entre eux perçoivent une sensation de déchirure, quelquefois un craquement tout à fait caractéristique. Ces sensations douloureuses s'amendent progressivement pour faire place à une gêne, à une pesanteur s'exagérant par le mouvement.

III

Pour examiner un malade, l'inspection de la région lombaire nous donne quelquefois des résultats appréciables. D'après M. Le Dentu (1), lorsqu'un individu d'une moyenne corpulence présente une dépression très accusée

1. Le Dentu, *loc. cit.*

dans un des flancs, on peut fortement présumer une atrophie ou un déplacement du rein.

La palpation est le meilleur mode d'exploration, celui qui nous donne des détails précis sur la forme, la consistance, le degré de déplacement, ainsi que sur la sensibilité propre de la glande rénale. Ce mode d'exploration peut se faire, le malade étant placé dans le décubitus latéral (Israël) ou dorsal.

Cette dernière position donnée à la malade est celle que nous avons toujours vu employer.

D'autres modes d'exploration comme celui de Glénard (1) et d'Israël (2) sont aussi usités. Mais je renvoie le lecteur pour les détails au *Traité de Chirurgie* et à la thèse de Duchesne (3).

IV

Il ne faut pas croire cependant que tous les reins mobiles se présentent sous la forme décrite plus haut, et à ce sujet, il y a lieu de distinguer quelques modalités cliniques.

1° Tout d'abord il y a la forme dite douloureuse; c'est la plus fréquente. Le sujet se présente à nous pour des douleurs lombaires qu'il ressent d'une manière plus ou moins vive. Elles s'exaspèrent par la fatigue, la station verticale prolongée et quelquefois comme nous l'avons déjà dit, tout travail devient impossible.

1. *Glenard, Prov. med.*, 1887.

2. Israël, Berlin. *Clin. Woch.* 1889.

3. *Duchesne*, Thèse de Paris, 1891, page 37 et suivantes.

Cette forme de rein mobile signalée, pour la première fois, par Mesné, puis par J. Riolaud, fut classée définitivement comme entité morbide par Rayer, en 1841, dans son *Traité des Maladies des reins*. En 1859, Fritz, interne des hôpitaux, en fit une étude complète dans les *Archives générales de Médecine*.

Rayer affirmait que cette affection était plus fréquente qu'on ne le croyait. Depuis que l'attention des médecins s'est portée de ce côté les observations de ces cas se sont multipliées. Sur 5500 malades examinés à ce point de vue à la Clinique d'Oppolzer (1), vingt-deux seulement offrirent des signes manifestes d'ectopie rénale. Cette forme de rein flottant est celle qui se rencontre le plus souvent, à ce point qu'on lui avait donné l'épithète de : rein mobile douloureux.

La principale, sinon la seule cause qu'on puisse invoquer dans ces cas est le traumatisme. Dans ces conditions le sujet ressent une douleur vive et quelquefois la sensation d'une déchirure ou d'un craquement au niveau du flanc. A dater de ce moment, la région devient et reste douloureuse.

Comme l'a fait très bien observer M. Tuffier, avant que notre attention fût portée du côté du rein mobile, un certain nombre de malades venus dans nos services hospitaliers pour des douleurs lombaires, étaient traités pour lumbagos traumatique. Ces accidents ne dépendaient pas d'une déchirure musculaire de la masse commune, et la recherche méthodique des points douloureux nous permettait de localiser la lésion dans les parties plus profondes. Cependant nous n'avons jamais pu constater un seul

cas de mobilité rénale survenue dans ces conditions (1). Nous ne pouvons qu'émettre une hypothèse probable, mais dont la preuve reste à faire. Encore, dans ce dernier cas, faudrait-il admettre la faiblesse congénitale comme cause prédisposante.

Les douleurs lombaires sont très variables et ne sont nullement en rapport avec le degré de mobilité rénale. Il y a des déplacements légers qui provoquent des douleurs atroces et qui empêchent le sujet de se livrer à aucun travail. D'autre fois, la mobilité est telle que le rein flotte des fausses côtes jusqu'à la fosse iliaque, ou d'une fosse iliaque à l'autre, sans que le malade ressente aucun phénomène douloureux. C'est dans ce dernier cas qu'il faut interroger l'état général au sujet duquel nous n'avons pas dit notre dernier mot.

Pour expliquer les douleurs ressenties dans les cas de rein mobile douloureux, l'anatomie peut à la rigueur nous donner une clef. Nous savons que les nerfs abdomino-génitaux en contact avec le rein peuvent être tirailés ou comprimés par son déplacement. MM. Tuffier et Lejars dans leur étude sur les veines de la capsule adipeuse du rein, ont trouvé que les veines des nerfs abdomino-génitaux, celles qui rampent à leur surface, et qui plongent dans leur épaisseur, communiquent largement avec le réseau de la capsule. Lors de congestion péri-rénale, ces veines nerveuses se dilatent aussi : il y a par conséquent congestion nerveuse et névralgie (2).

1. Tuffier. *Sem. méd.*, 1891, n° 46. Pages 375-380.

2. Tuffier et Lejars. *Arch. de gynécologie*, année 1891, p. 56.

L'influence de la menstruation sur les phénomènes douloureux, et l'ectopie rénale consécutive a été observée par les auteurs, et l'expérience est venue corroborer le fait, tout au moins en ce qui concerne l'ectopie.

Becquet avait émis l'opinion, justifiée du reste par l'observation, que le flux cataménial provoquait une congestion rénale. Par suite de cette congestion, le rein devenait plus lourd et surtout plus douloureux. Cet observateur, citée dans les *Cliniques de Trousseau* (1), rapporte le fait d'une femme qui à chaque époque menstruelle était prise de douleurs lombaires : le rein tuméfié, douloureux, plus lourd, était perceptible sous les côtes. La congestion passée, la glande devenait indolente et rentrait dans sa loge. Or, un jour, la congestion fut telle qu'une péritonite avec fausses membranes s'ensuivit et le rein fût fixé dans sa position anormale. M. le professeur Potain (2) rapporte un cas analogue à l'appui de l'opinion de Becquet.

Pour Guéneau de Mussy, ces douleurs sont le résultat d'un phénomène réflexe dont le point de départ est le rein, et qui, par l'intermédiaire des ganglions sympathiques et de la moelle retentit sur les nerfs spinaux (3).

Quoiqu'il en soit, ces douleurs, légères au début de l'affection, vont en s'accroissant et revêtent le caractère de crises, ou surviennent d'une façon continue. La station debout, la marche, la fatigue, l'équitation, le cahot

1. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 7^e édition, p. 801.

2. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, p. 802.

3. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, p. 807.

des voitures mal suspendues, etc., etc., les exaspèrent. Le décubitus dorsal les diminuent notablement.

Une autre cause de douleurs dont il sera question à propos des complications du rein mobile réside dans l'hydronéphrose intermittente, complication souvent notée. Ici, notre maître a été assez heureux pour prendre la nature sur le fait. Il a présenté, du reste, la pièce à la Société Anatomique et l'histoire de cette pièce au Congrès de Chirurgie. Il s'agissait d'une obstruction brusque de l'uretère par coudure. Voici le fait :

Dans une série d'expériences faites sur le chien, il sutura l'uretère au péritoine de manière que l'urine puisse s'écouler librement dans la cavité péritonéale. Tous les animaux soumis à cette expérience succombèrent à la suite d'une péritonite plus ou moins tardive.

Un seul de ces chiens survécut, et M. Tuffier étant surpris de ce fait, sacrifia l'animal au bout de six semaines. Il trouva tout d'abord le péritoine intact. La suture péritonéo-urétérale avait parfaitement tenu et l'orifice était perméable. Il pratiqua le cathétérisme de l'uretère; la bougie s'arrêta un peu au-dessous du rein. Il disséqua l'uretère dans toute sa longueur et trouva une coudure à cinq centimètres au-dessous du bassin, en même temps que le rein était abaissé et dilaté.

Voici l'application que M. Tuffier a donné lors de sa communication au Congrès de Chirurgie.

Pendant le cours de l'opération, dit-il, il lui a été impossible de trouver l'uretère pour l'aboucher au péritoine. Cependant, pour y arriver, il fut obligé de remonter jusqu'au rein, et partant de ce point, il lui a été alors

facile de suivre l'uretère et de l'aboucher. Mais pour trouver la glande rénale il lui a fallu dissocier la capsule. De ce chef la glande avait perdu une partie de ses moyens de fixité et était devenue mobile. Une partie de l'uretère étant restée relativement fixe et le rein étant devenu mobile, le premier s'est coudé brusquement à cinq centimètres du bassin et avait empêché l'urine de s'écouler. Après dissection complète on avait trouvé au niveau de la coudure un repli muqueux qui avait contribué lui aussi à l'obstruction complète du canal (1).

En dehors des douleurs, dans cette variété de rein mobile, l'état général du malade demeure parfait ; tous les appareils sont dans un bon état relatif. La paroi abdominale est résistante, ainsi que le plancher pelvien.

Le système nerveux ne présente rien d'anormal. En un mot, le rein seul a quitté sa place, et malgré l'examen le plus minutieux on ne découvre pas autre chose.

Le cas peut se rapprocher de celui d'une hernie inguinale qui se serait produite chez un homme jusque là bien portant.

Ainsi se trouve justifiée l'expression de M. Tuffier, une hernie de force en opposition à une hernie de faiblesse, que nous étudierons dans le chapitre suivant.

V

A côté de cette forme dont le diagnostic s'impose, il y en a deux autres dont l'ensemble symptomatique est fait

1. *Congrès de Chirurgie*, 5^e session 1891, et *Comm. à la Société de Biologie*, mai 1890.

pour nous dérouter. Je veux parler tout d'abord de cette forme rare, dite dyspeptique, dont je relate une observation typique, (Obs. n. 9).

Il semble que cette forme dépend de la direction du déplacement du rein vers la région ombilicale. M. Tuffier ne l'a rencontrée que deux fois (1).

Dans cette forme de rein flottant les sujets ne se plaignent que de troubles gastriques. Tantôt ce sont des douleurs dans la région épigastrique sous forme de crises réveillées à tout propos et tantôt les malades ont un dégoût pour toute nourriture, car l'ingestion de la moindre parcelle d'aliment réveille des douleurs quelquefois atroces, avec gonflement de la région stomacale et des éructations acides. L'observation IX est à cet égard très caractéristique. Quelquefois ce sont des nausées suivies ou non de vomissements. La constipation est habituelle, mais parfois on voit des sujets atteints de cette affection présenter des alternatives de constipation et de diarrhée.

Tous ces troubles disparaissent par le repos horizontal, et M. Tuffier a vu deux malades garder le lit pendant dix-huit mois pour des troubles dyspeptiques.

Une troisième forme est celle qui a été qualifiée par notre maître de *neurasthénique*, parce qu'elle est caractérisée par des troubles et des accidents nerveux variés.

Nous décrirons avec détails ces troubles gastriques et nerveux quand nous étudierons le rein mobile compliqué. A ce moment, nous verrons que la coïncidence de ces deux ordres de faits n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

1. *Duchesne*. Thèse de Paris, 1891, p. 26.

Les ectopies rénales se rapportant à ces deux dernières formes ont été sensiblement améliorées par une fixation prothétique ou opératoire.

S'il ne nous est pas donné de trouver en clinique ces formes, à l'exclusion l'une de l'autre, il n'en demeure pas moins acquis que tel ou tel symptôme dominant donne à la néphroptose son cachet clinique particulier.

CHAPITRE II

DU REIN MOBILE COMPLIQUÉ.

I

Nous avons dit dans le chapitre précédent que le rein mobile simple se produit le plus souvent d'une manière subite, à la suite d'un effort, d'une chute, etc., etc. C'est en un mot une hernie de force.

Le rein mobile compliqué se présente autrement et ne nous offre aucun point commun avec la variété étudiée dans le chapitre précédent.

Le rein mobile compliqué s'établit d'une façon insidieuse et lente. Si on examine soigneusement les malades, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils sont en général nerveux, dégénérés ou hystériques.

Cette maladie s'observe ordinairement entre vingt et quarante ans. Les renseignements fournis par les malades sont des plus vagues. Ils ne peuvent préciser l'époque à laquelle se sont manifestés les premiers accidents. « Ils remontent, disent-ils, assez loin ; ont commencé par des malaises, et nous occasionnent aujourd'hui des douleurs intolérables. » Les malheureux deviennent hypocondriaques, présentent des idées de suicide, etc., etc.

Quand on examine ces malades, on est frappé tout d'abord de leur faciès mélancolique et de leurs rides pré-

coces. La paroi abdominale offre un cachet caractéristique. Elle est flasque, facilement dépressible, étalée comme le ventre des batraciens. M. Tuffier a, le premier, attiré l'attention sur la forme trilobée du ventre dans ce cas, forme dont Malgaigne tenait si grand compte dans les hernies. Si on ordonne au malade de se mettre sur son séant, et que l'on s'y oppose en mettant la main au devant de la poitrine, on voit le ventre se diviser en trois lobes : un médian et deux latéraux.

Les anneaux naturels eux-mêmes sont dilatés et relâchés, de sorte qu'avec le moindre effort il se peut produire une pointe de hernie. On voit aussi chez ces malades arrivés à un degré plus avancé, outre la néphroptose plus fréquente à droite, des hernies, des prolapsus, des varices, une dilatation stomacale, etc., etc. Notre maître M. Tuffier a très bien défini ces manifestations, en disant qu'on pouvait trouver toutes les gammes, c'est-à-dire tous les degrés de ces différents symptômes.

Dans ces conditions, la néphroptose n'est qu'un accident surajouté à l'intéroptose. Aussi le rein dans ces cas est très mobile et on peut avec facilité le faire descendre jusqu'à la fosse iliaque et même le faire mouvoir d'une fosse iliaque à l'autre.

II

A Glénard (1) de Lyon revient l'honneur d'avoir reconnu la fréquence de ces différentes lésions chez un

1. Glénard, *loc. cit.*

même sujet. Mais pour lui l'ectopie rénale n'était autre chose que le résultat de la chute de la première anse transverse du colon. Depuis cette intéressante communication les travaux se sont multipliés. Certains auteurs même ont voulu faire de l'entéroptose de Glénard la cause du déplacement de la glande rénale.

Un auteur anglais, Drummond (1), a réuni trente-et-un cas d'entéroptose compliquant l'ectopie rénale. D'autres auteurs, et en particulier Greffier, ont remarqué cette particularité tout au moins bizarre sans y avoir attaché une grande importance.

Il était réservé à M. Tuffier de préciser, par un grand nombre d'observations, cette forme particulière du rein flottant, ou mieux le rôle du rein mobile dans une maladie générale dont l'entéroptose n'est qu'une manifestation. Je ne saurais mieux faire que de laisser la parole à notre Maître qui s'exprime en ces termes :

« Le rein mobile compliqué se développe insidieusement, lentement, sans que rien dans les antécédents de la maladie rappelle un brusque début. Cette ectopie rénale est précédée, accompagnée, ou suivie d'un déplacement général des viscères abdominaux, constituant l'entéroptose de Glénard. Il s'agit de ces femmes à ventre trilobé, qui quelquefois vient battre sur les cuisses, à paroi abdominale dépressible, flasque, mal musclé, dont les anneaux naturels sont insuffisants et se laissent distendre et finissent par donner passage à une pointe de hernie ou à une hernie volumineuse.

« Le plancher pelvien peu résistant permet un prolap-

1. Drummond. *Lancet*. Londres, 1890.

« sus de la vessie et de l'utérus, quelquefois une chute de
« rectum. L'étoffe elle-même des viscères est peu résis-
« tante; l'estomac se dilate. Le rein droit s'abaisse notable-
« ment, tandis que le gauche suit, mais plus lentement. La
« néphroptose n'est plus alors qu'un accident au milieu
« de cette dystrophie générale des viscères; c'est un fac-
« teur secondaire. Il s'agit d'une insuffisance de la cein-
« ture abdominale dont les tissus sont de mauvaise
« qualité et s'effondrent de toutes parts. C'est cet ensem-
« ble que constitue la maladie générale décrite par
« M. Tuffier; c'est en un mot une hernie de faiblesse par
« opposition à la hernie de force déjà décrite (1) ».

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ces malades sont des dyspeptiques; elles digèrent mal, présentent des éructations fréquentes, avec ballonnement du ventre et alternatives de constipation et de diarrhée.

Dans cette variété de rein flottant, il y a pour ainsi dire déchéance de tout l'organisme. Toutes les fonctions s'accomplissent avec lenteur et paresse; les muscles et les aponévroses perdent de leur résistance. Les organes creux se laissent dilater; en un mot, il y a dystrophie générale de tous les tissus, qui affecte les différents organes à des degrés variables.

Le système nerveux atteint dans ses fonctions domine le plus souvent la scène. Les sujets sont mélancoliques, plus ou moins irritables. Leur caractère change; ils deviennent moroses, taciturnes, pleurent et rient facilement, sont paresseux et lents dans toutes leurs actions.

1. Tuffier. *Résultats éloignés de la néphrorrhaphie. Congrès de chirurgie*, 5^e session, 1891.

Par suite de la pesanteur et quelquefois des douleurs ressenties dans le flanc, ils sont portés à s'étendre pendant toutes leurs journées sur une chaise longue dont rien ne peut les retirer. A ce sujet M. Tuffier nous a souvent raconté l'histoire d'une malade qui est restée pendant dix-huit mois étendue sur une chaise longue. Elle était traitée pour des phénomènes dyspeptiques et mise au régime lacté. Un appareil prothétique remit immédiatement la malade sur pied.

Avec un examen attentif on finit par découvrir facilement des signes plus ou moins nombreux d'hystérie et de neurasthénie : plaques hystérogènes, abolition ou exagération des réflexes, plaques d'anesthésie, quelquefois une hémianesthésie complète, enfin une dépression morale et intellectuelle. C'est ainsi que nous relatons deux observations typiques d'un rein mobile, compliqué d'une hémianesthésie complète du même côté avec diminution du champ visuel, de l'acuité auditive et de l'olfaction.

La moitié droite de la langue, ainsi que toute la moitié droite du corps ont perdu toute sensibilité. Tout ce cortège de phénomènes disparut chez l'une d'elles, après l'opération, pour faire place à l'hypéresthésie (Obs. XV et XIX).

Une autre malade ne pouvait satisfaire dans le jour ses envies d'uriner parce qu'elle se croyait observée (Obs. XVI).

D'autres phénomènes encore non moins bizarres sont sous la dépendance du système nerveux : tel ce goître exophthalmique dont M. le Dr Duchesne a eu l'obligeance

de nous remettre l'observation, et qui est survenu chez une femme atteinte de rein mobile (1).

Quelle relation peut-il y avoir entre le déplacement rénal et les troubles nerveux précités ? N'y aurait-il pas lieu d'invoquer l'action du plexus solaire, ce « cerveau abdominal » selon l'expression de M. le professeur Tillaux ?

III

Pour instituer une thérapeutique efficace, il est nécessaire d'examiner quelques complications du rein flottant.

L'ectopie rénale peut, à la rigueur, comprimer une anse intestinale et, par suite, provoquer son occlusion. On a signalé des œdèmes des membres inférieurs, à la suite de la compression de la veine-cave inférieure. M. Tuffier (2) a vu un varicocèle symptomatique occasionné certainement par la difficulté de la circulation en retour, et des accidents urémiques par compression des uretères.

Mais une des complications les plus intéressantes et actuellement à l'ordre du jour est l'hydronéphrose, surtout la variété intermittente.

L'hydronéphrose est la distension du rein et du bassinet ou de chacun en particulier par l'urine aseptique. C'est à Bayer que nous devons le terme d'hydronéphrose ; quoique avant lui, Tulpius (1672) publiât une observation d'hydronéphrose intermittente type. Depuis, bon

1. Observation XIV.

2. Tuffier. *Traité de chirurgie*, t. VII, art. *Rein mobile*.

nombre d'auteurs se sont occupés de la question. Simon, Moris, Landau, Newmann, Le Dentu, Arnould, Terrier et Baudoin.

L'importance du sujet appelle quelques considérations générales.

L'hydronéphrose s'observe toutes les fois qu'il y a un obstacle au cours normal de l'urine.

Les causes qui peuvent être invoquées sont nombreuses : toutes les tumeurs de la cavité abdominale peuvent, à un moment donné, comprimer l'uretère et provoquer la lésion. Les tumeurs du rein peuvent, elles aussi, donner lieu à l'hydronéphrose. Les calculs de petit volume siégeant dans le rein peuvent, en traversant l'uretère, obturer la lumière du canal et provoquer la dilatation rétrograde du bassinet.

Quant aux hydronéphroses du rein mobile, leur caractère principal est l'intermittence. Deux cas peuvent se présenter :

1° Ou l'hydronéphrose coïncide avec un rein mobile (cas de Braun (1) et Urag (2), 2° ou l'hydronéphrose est due à une tumeur utérine comprimant l'uretère dont le rein correspondant flotte. Dans ces derniers cas, on a trouvé la dilatation de toute la longueur de l'uretère, ce qui prouvait qu'elle était indépendante de l'ectopie rénale.

A côté de ces cas très rares, il y en a d'autres bien plus fréquents où l'hydronéphrose n'est pas le fait d'une sim-

1. Braun *Deutsche Klin.*, 1853.

2. Urag. *Wiener. med. Wochenschr.*, 1856.

ple coïncidence avec le rein mobile. Ces deux affections sont attachées l'une à l'autre par des liens d'une intime solidarité.

Tout d'abord, on a dit que l'hydronéphrose par son poids entraînait la glande rénale hors de sa loge, de sorte que l'hydronéphrose serait la cause et le rein mobile l'effet. Urag (1) fut le premier à avancer cette théorie. Simon (2) et Lancereaux (3) citent l'hydronéphrose dans l'étiologie du rein flottant.

Si ces auteurs disaient vrai il faudrait que toutes les tumeurs du rein fussent fatalement suivies d'une ectopie de la glande, ce qui est cependant rare. Dans sa remarquable étude sur l'hydronéphrose, M. Arnould (4) cite vingt cas d'hydronéphrose avec rein mobile et deux seulement avec tumeurs (cancer ou autre).

On ne saurait donc invoquer, comme le dit M. Arnould, cette théorie mécanique pour une seule espèce de tumeurs, et même, ajoute-t-il, en admettant que l'hydronéphrose soit capable d'entraîner la glande rénale hors de sa loge, l'hydronéphrose elle-même serait inexplicable, à moins qu'on ne veuille la ranger parmi les causes inconnues.

Le rein mobile serait le plus souvent la cause de l'hydronéphrose, d'après Moris et Newmann, elle serait exclusive, d'après Landau, Terrier et Baudoin. La théorie donnée par Landau, d'accord avec la mécanique, l'évolu-

1. Urag. *Wiener med. Wochenschr.*, 1856.

2. Simon, *loc. cit.*

3. Lancereaux, *in dict. Dech.*, 1876.

4. Arnould. *Cont. à l'étude sur l'hydronéph.*, 1891.

tion clinique de la maladie et l'expérimentation, nous a vivement séduit. Elle est d'ailleurs celle qui nous a été enseignée par notre maître au lit du malade, surtout à propos d'un sujet atteint d'une pyélo-néphrite intermittente. Le mécanisme est toujours le même.

Supposons d'abord un rein mobile. La glande déplacée est capable de provoquer l'obstruction du canal et par suite la dilatation du bassinet. Le rein étant suspendu par son pédicule, il arrive qu'à la suite de son déplacement l'uretère se trouve coudé ou abouché à angle aigu avec le bassinet, en même temps qu'il remonte au-dessus de lui.

Quand la glande se déplace en bas et en dedans, l'uretère subit un mouvement brusque de torsion et de flexion. Il en résulte naturellement une rétention partielle de l'urine, et par conséquent, une dilatation rétrograde. L'urine peut encore filtrer à travers le canal plus ou moins rétréci. Mais si des adhérences s'établissent ou si le bassinet subit une hyperdistension la lumière du canal s'efface complètement, et la rétention de l'urine sera absolue.

Pour expliquer les conditions mécaniques de l'intermittence, voici ce qui se passe, ou du moins, ce que disent les auteurs : Supposez qu'avec le repos ou par un mouvement favorable le rein reprenne sa place normale, aussitôt l'urine s'écoulera avec facilité et les phénomènes douloureux disparaîtront en même temps que la débâcle urinaire se produira.

La coudure de l'uretère comme étiologie de l'hydronéphrose intermittente est désormais indiscutable, puis-

qu'on a pu observer le fait directement et prendre la nature en flagrant délit.

Martin (1) et Kohler (2) ont observé l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère en faisant une laparotomie. Chez nous en France le professeur Guyon (3) a relaté un fait du même genre et avec M. Tuffier nous avons observé un fait analogue. Dans un autre cas, M. Tuffier fit une néphrectomie pour une uropyonéphrose suite de rein mobile.

Dans celui que nous avons vu avec notre maître à l'hôpital Beaujon, il s'agissait d'une pyélo-néphrose intermittente avec rein mobile. Au cours de l'opération, notre jeune maître constata la coudure de l'uretère. (Obs. I). L'intermittence disparut avec tous les accidents de rétention purulente après fixation de la glande.

Les auteurs signalent un grand nombre d'hydronéphroses intermittentes sans ectopie rénale (4). Il est probable que, dans ces cas, une légère ectopie rénale a pu passer inaperçue, car il est prouvé aujourd'hui que le moindre déplacement de la glande est capable de tordre ou de couder l'uretère et de provoquer la dilatation momentanée du bassin. Sans cette explication l'interpellation devient malaisée.

L'ectopie même légère de la glande est discutable pour quelques auteurs. Ils attribuent plutôt ces cas au spasme

1. Martin. *Cent. fur Gyn.*, 1890, n^o 40.

2. Kohler. *Cher Annalum*, 1889.

3. Guyon. *Bull. Académie de médecine*, 1889.

4. Arnould. *Étude sur l'hydronéphrose*, 1871.

de l'uretère ou au catarrhe du bassin. Virchow a voulu faire de cette affection une disposition congénitale (1).

Nous avons dit précédemment que le rein mobile devient douloureux par la marche, la fatigue, et que le repos, surtout le repos au lit, soulage beaucoup les malades. Les mêmes considérations sont applicables à l'hydronéphrose.

Le décubitus dorsal, outre qu'il soulage les douleurs, favorise le plus souvent la réduction de la glande, et par conséquent, permet l'évacuation du bassin distendu par l'urine. Les malades arrivent même à la longue à savoir que le décubitus dorsal, en favorisant la débâcle urinaire, fait disparaître les douleurs. Le massage de la région douloureuse peut amener des résultats identiques.

Les sujets hydronéphrotiques se plaignent d'une gêne douloureuse périodique d'une durée variable. L'affection arrive à son apogée après quelque temps, quelquefois après quelques années.

Les crises douloureuses sont parfois séparées par une longue période d'accalmie.

Les deux caractères principaux de cette affection sont, les douleurs lombaires coïncidant avec une rétention d'urine et la formation d'une tumeur mate, fluctuante, rémittente, au niveau de la région rénale. Les douleurs existent toujours et provoquent quelquefois des nausées et des vomissements.

L'intermittence dans l'hydronéphrose est un caractère particulier au rein mobile. Le rein déplacé reprenant,

1. Arnould. *Etude sur l'hydronéphrose*, 1891.

comme il a été dit plus haut, sa place normale, il se fait une émission abondante d'urine. La tumeur disparaît, ainsi que les phénomènes douloureux qui s'y rattachent. Pendant un certain temps, qui est, du reste, variable, la quantité d'urine émise est normale, puis progressivement cette quantité diminue et coïncide avec la réapparition de la tumeur et des accidents douloureux. Ceci dure un certain temps jusqu'au jour où une néphrorrhaphie guérisse complètement le sujet, ou que, par suite d'une position vicieuse de la poche, des adhérences s'établissent. L'hydronéphrose alors devient permanente. Donc, cette complication du rein flottant se caractérise par une série de crises à intervalles plus ou moins rapprochés.

Si l'hydronéphrose se montre avec tous ses symptômes, si on constate qu'avec un rein mobile il y a une tumeur fluctuante, mobile, intermittente, s'accompagnant de douleurs et de diminution dans la quantité des urines, quand la tumeur apparaît, le diagnostic s'impose. Cela paraît très simple, et cependant il y a parfois matière à confusion.

La tumeur peut quelquefois en imposer pour un kyste de l'ovaire. Le liquide qu'elle contient peut varier à l'infini dans sa quantité. Ainsi Glass, parle d'une hydronéphrose dont on aurait retiré neuf à vingt-cinq et même trente gallons de liquide (un gallon vaut cinq litres à peu près). Dans ces cas le diagnostic devient très épineux.

Rehn (1) diagnostiqua un kyste de l'ovaire et ne s'a-

1. Rehn. *Cent. für. chir.* 1890.

perçut de son erreur qu'après l'ouverture du péritoine. Schramm (1) ne reconnut une erreur du même genre qu'à une seconde laparotomie, et cela malgré la ponction exploratrice.

A propos de ponction exploratrice nous devons dire quelques mots sur la mobilité de la tumeur et le liquide retiré par la ponction.

Si la tumeur est mobile, si elle est réductible, si surtout on trouve par la percussion la région rénale déshabillée, on est en droit de conclure à une hydronéphrose. Quelquefois malgré toutes les recherches et les différentes positions ordonnées au malade, la tumeur ne se déplace pas et reste irréductible. Alors le diagnostic devient, sinon impossible, du moins fort difficile.

Le liquide retiré par une ponction peut, lui aussi, nous induire en erreur ou ne nous apprendre pas grand chose. Virchow fut l'un des premiers à démontrer, par des analyses faites avec soin, que le liquide hydronéphrotique ne contient les éléments de l'urine en proportions normales qu'au début de l'affection. A mesure que la collection vieillit, elle perd une partie de ses principes, entre autres l'urée. Ludwig de Vienne et Moris (2) insistent sur ce fait. Il arrive même que l'urée disparaît en totalité et dans le liquide il ne reste que des chlorures et des phosphates. D'un autre côté, nous savons par de nombreuses analyses que quelquefois le liquide des kystes de l'ovaire contient de l'urée. Cependant, si le liquide

1. Schramm. *Berl. Klin. Wochenschr.*

2. Moris. *Med. chir. trans.*, vol. 59.

retiré est nettement acide, on peut conclure à l'hydronéphrose, car aucun autre liquide de l'économie ne peut présenter ce caractère. Dans les cas difficiles la laparotomie seule permet d'établir le diagnostic.

CHAPITRE III

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

I

Pour avoir une idée exacte des indications à suivre dans les cas de rein mobile, il est de toute nécessité d'en étudier séparément les deux variétés: C'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

Considérons d'abord le rein mobile simple le plus souvent traumatique.

L'indication dans cette première variété est toute tracée par sa description même. La glande rénale n'occupe plus sa place habituelle, par suite d'un traumatisme ou d'une cause mécanique quelconque. Le malade est sujet à des crises douloureuses plus ou moins fortes ou souffre presque continuellement, de manière à ne pouvoir se livrer à aucun travail.

Dans ces conditions, le premier soin du chirurgien sera de remettre le rein en place. Il y a du reste un grand avantage à ce que le rein ectopié reprenne sa place normale et ceci à un double point de vue: pour le présent et pour l'avenir.

Pour le présent il faut envisager les douleurs quelquefois intolérables que les malades endurent, souff-

frances exaspérées par la marche, la fatigue, etc., etc., et nous avons dit qu'il y avait des cas où ces malades deviennent presque des infirmes.

Pour l'avenir, il est possible que la glande rénale déplacée puisse devenir à un moment donné un obstacle mécanique au libre cours des matières contenues dans l'intestin, comme cela a été observé par Lindner (1).

Par suite de la nouvelle direction prise par la glande rénale ectopiée, celle-ci peut provoquer des phénomènes gastriques tels qu'une dyspepsie ou une gastralgie d'une ténacité extrême; témoin le cas de cette jeune dame observé par M. Tuffier et que l'on avait traitée pendant dix-huit mois pour des troubles gastriques. Durant cette période elle avait gardé la chambre. Un simple appareil prothétique la rendit à la vie commune.

Des varicocèles symptomatiques ont été observés par M. Tuffier. Une des éventualités les plus graves consiste dans la destruction totale du tissu noble du rein, par suite d'hydronéphrose. Notre maître a eu l'occasion d'étudier un cas de ce genre dont l'observation n'a pas encore été publiée. Une dame d'une cinquantaine d'années, soignée autrefois par Demeaux et Ricord pour une ectopie rénale avec hydronéphrose intermittente, avait présenté consécutivement les accidents dus à cette complication. Depuis, sous l'influence de l'hypertension artérielle déterminée par cette tumeur liquide, des phénomènes d'asystolie grave s'étaient produits.

De ce qui précède il résulte qu'il faut instituer, au plus

1. Lindner. *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1889.

tôt, un traitement convenable dans un cas donné d'ectopie rénale. A cet effet, et avant toute opération, il faut commencer par l'application d'un appareil prothétique lequel remplira un double but : celui d'édifier le chirurgien sur la variété de rein mobile auquel il a affaire, ensuite de soulager beaucoup les malades qu'il guérira même parfois radicalement. A l'appui de cette assertion, j'emprunte deux observations typiques à la thèse du Dr Le Cuziat. Elles sont de M. Tuffier et du Dr Marfant.

Rein flottant. Accident gastrique. Ceinture à pelote abdominale.
Guérison. M. Tuffier.

M^{lle} B..., vint au mois de septembre 1889 à ma consultation. C'est une jeune fille de dix-huit ans assez vigoureuse. Depuis seize mois elle présente des accidents gastralgiques et des douleurs dans la région lombaire. C'est ce dernier symptôme qui a engagé son médecin à demander une consultation. Vers le mois de décembre 1887 elle ressentit des pesanteurs de ventre et quelques tiraillements dans la région des reins, surtout du côté droit. Ces accidents ne se manifestaient que pendant la station debout et pendant la marche. Ils disparaissaient dans le décubitus dorsal ; aussi la malade devint de plus en plus paresseuse. Cet état s'accompagnant d'un peu de faiblesse générale et d'anémie, le médecin ordinaire conseilla l'emploi du fer et du quinquina. La médication ne produisit aucun résultat, et comme les douleurs s'accroissaient notablement au moment des règles, on consulta en août 1888 un autre médecin qui examina avec soin la colonne vertébrale, ne trouva aucune déviation et prescrivit des frictions sur la région des reins. Les douleurs n'en persistèrent pas moins avec leurs caractères habituels. Il s'y joignit des accidents gastralgique qui firent croire à une ulcération stomacale. Le régime lacté

n'amena aucune amélioration. C'est alors que la malade nous fût adressée.

A ce moment, les symptômes fonctionnels sont les suivants : Pesanteur dans la région lombaire. Douleurs accentuées par la marche, le mouvement, la trépidation d'une voiture. Cessation des accidents par le décubitus dorsal. Etat général satisfaisant, menstruations normales. Mictions fréquentes pendant les accès douloureux ; urines claires, normales dans leurs produits d'excrétion.

La colonne vertébrale est droite, indolente. Le ventre est souple sans aucune déformation.

A la palpation, je trouve a la région lombo-iliaque droite une tumeur arrondie, lisse, du volume du poing, mobile transversalement et verticalement ; sonore à la percussion. Cette tumeur ballote nettement par l'exploration bimanuelle lombo-abdominale. Elle est indolente, spontanément et à la palpation. En la comprimant légèrement entre les deux mains, elle fuit subitement et rentre dans la région lombaire. Tant que la malade reste dans le décubitus dorsal, la tumeur disparaît complètement ; mais, sous l'influence d'un effort et de la simple station verticale, elle reparaît avec sa forme et son siège habituels.

Je pose le diagnostic de rein flottant et je cherche la cause du déplacement. Il n'est guère possible de relever ici l'usage abusif du corset, que la malade a abandonné depuis le début de ses douleurs, sans obtenir d'ailleurs aucune amélioration.

Je supprime tout traitement médical et je prescris le port d'une ceinture en tissu souple, munie d'une pelote à air qui pénétrera sous les fausses côtes. La malade devra mettre en place sa ceinture pendant qu'elle est encore couchée. On l'applique le 5 octobre 1889. Depuis cette époque douleurs et accès gastralgiques ont disparu. Elle peut marcher et se tenir debout toute la journée

comme sa profession de demoiselle de magasin l'exige. Au mois de mars, cette amélioration persiste encore.

J'ai revu la malade en mai 1892. Elle est dans un état parfait. Elle porte toujours son bandage et elle ne souffre pas.

Déplacement du rein gauche chez un homme. Troubles digestifs.

Accidents de dépression cérébrale. Disparition de ces accidents par le port d'un bandage maintenant le rein immobile (Marfant).

M. X..., âgé de 60 ans, peu d'antécédents personnels.

Il appartient à la famille névropathique par ses collatéraux et ses descendants.

Il n'a jamais fait de grande maladie.

Il y a une quinzaine d'années, il éprouva pour la première fois des accidents nerveux qui ont toujours dominé dans son affection. Il remarqua que le travail intellectuel était moins facile ; la mémoire, moins vive ; la volonté avait beaucoup perdu de son énergie. En même temps le sommeil était troublé par de fréquents réveils ; les sueurs survenaient au moindre effort physique. Les forces allaient s'affaiblissant. Peu après, les digestions se troublèrent. L'appétit était irrégulier, capricieux ; un malaise apparaissait après l'ingestion alimentaire, en même temps qu'une sensation de pesanteur à l'épigastre.

La digestion était lente et s'accompagnait de renvois acides. Le malade était très constipé.

Au début, les accidents étaient peu marqués ; de plus, ils disparaissaient de temps à autre, en sorte qu'il existait des périodes de calme coupées par des paroxysmes caractérisés par de la dépression cérébrale et des phénomènes dyspeptiques.

Les médecins consultés lui conseillaient maintes cures hydro-thermales : Dans une station, un médecin, ayant examiné ses urines, trouva une assez forte proportion d'acide oxalique et

diagnostiqua une diathèse oxalique comme origine des troubles que présentait le malade. Quoiqu'il en soit, ces troubles fonctionnels allèrent en s'aggravant. L'asthénie cérébrale devint très marquée. Le travail causait des difficultés énormes. Le malade n'avait plus la force d'écrire une lettre, la volonté manquait tout à fait d'énergie ; la mémoire s'était affaiblie, l'état moral devint déplorable. Un rien amenait des pleurs ou causait une angoisse extrême. Une véritable mélancolie s'établit à ce moment. Le sommeil devint de plus en plus mauvais. Les troubles gastriques que nous avons signalés plus haut s'aggravèrent aussi. Les digestions devinrent très difficiles ; l'appétit diminua encore et le malade maigrit notablement.

En outre, ce qui rendit la situation du malade très pénible, c'est que les périodes d'accalmie s'éloignaient de plus en plus et devenaient plus courtes.

Nous vîmes ce malade en juin 1888, environ quinze ans après le début des accidents. Lorsque nous eûmes connaissance des détails que nous venons de relater nous procédâmes à l'examen de tous les organes.

M. X... a l'air abattu ; sa parole est lente et un peu traînante. La sensibilité est intacte ; les organes des sens ne paraissent pas atteints.

En palpant l'abdomen, nous reconnaissons très aisément une ectopie rénale gauche considérable. Le rein situé au voisinage de l'ombilic, est assez superficiel pour qu'on puisse le saisir entre les doigts et reconnaître sa forme et sa consistance. Très mobile il se déplace aisément, mais on ne peut gagner la fosse lombaire, ainsi qu'on s'en assure en mettant une main au niveau de cette région que l'on sent parfaitement libre.

La palpation du rein ne cause aucune douleur. Le foie nous a paru normal. L'estomac n'est pas dilaté. Nous n'avons reconnu

aucun des signes de l'entéroptose. Le rein droit paraît occuper sa situation normale.

En présence de cet état, il y avait lieu de se demander si les troubles fonctionnels nerveux et digestifs que présentait ce malade étaient en relations avec le déplacement du rein gauche. Pour les troubles digestifs, le problème semblait aisé à résoudre : bien qu'il n'y eût pas de dilatation stomacale, il semblait naturel d'admettre que les tiraillements constants du rein déplacé sur l'estomac et l'intestin fussent une cause de dyspepsie. Pour les troubles nerveux, la chose était plus discutable. Il était absolument évident que M. X... appartenait à la famille névropathique. Dans ces conditions, l'état mélancolique dans lequel il se trouvait à ce moment n'avait rien d'extraordinaire, mais on pouvait se demander si le déplacement du rein, si le tiraillement incessant qu'il devait exercer sur le plexus nerveux, n'étaient point la cause qui mettait en jeu la prédisposition névropathique.

L'évolution de la maladie montra que cette supposition était exacte.

Une indication capitale existait, celle de maintenir le rein, de le refouler vers sa loge normale et de l'immobiliser dans cette position avec l'aide d'une ceinture.

Depuis qu'il porte cette ceinture, le malade a vu disparaître tous les troubles nerveux et tous les phénomènes dyspeptiques.

La compression douce, mais constante, exercée par le tampon, eut pour premier effet d'immobiliser le rein ; plus tard, elle le déplaça en haut et en arrière, de sorte que le malade changea de lui-même la situation du tampon. Actuellement, au bout de dix mois, le rein paraît avoir contracté des adhérences dans sa nouvelle situation (au voisinage de la grosse tubérosité de l'estomac), car en le palpant il est difficile de le faire mouvoir. Du

reste le malade n'a plus éprouvé de troubles nerveux ni de troubles gastriques.

Il résulte de ces deux observations bien caractéristiques que la prothèse doit toujours être appliquée de prime abord. En même temps qu'elle soulage souvent les malades il les guérit même radicalement, quand l'appareil est bien confectionné et surtout bien toléré. Si, au contraire, l'appareil prothétique est insuffisant au maintien de la glande ou que le sujet le supporte mal, il y a lieu d'examiner sa confection. Si celle-ci ne laisse rien à désirer, la néphrorrhaphie est indiquée et doit être pratiquée immédiatement, pour éviter cette complication que nous avons signalée plus haut : l'hydronéphrose.

Il est à remarquer aussi que la bilatéralité de la lésion n'est pas une contre-indication.

Ainsi M. Tuffier a opéré à 25 jours d'intervalle avec un plein succès une malade atteinte d'une néphroptose double dont nous relatons l'observation (Obs. IV).

La néphrectomie ne s'impose qu'après échec de la néphrorrhaphie, et encore convient-il, avant de tenter cette opération suprême, d'essayer le port d'un nouveau bandage, ou une nouvelle néphrorrhaphie.

Dans l'hydronéphrose même accentuée on doit toujours tenter la néphrorrhaphie et réserver la néphrectomie aux cas rares de destruction totale du rein par une pyonéphrose.

Dans cette dernière affection, si la pyonéphrose est intermittente et si cela est dû à la mobilité du rein, il est certain qu'une fixation ferait disparaître les symptômes

de rétention de pus et mettrait le sujet à l'abri d'une auto-infection. Nous relatons une observation d'un malade atteint d'une pyonéphrose intermittente qui bénéficia beaucoup de l'opération (Obs. III).

II

Dans la variété de rein mobile compliqué, l'indication opératoire s'impose parfois : nous en citons plusieurs observations personnelles.

Tout d'abord il y a un fait bien rare, cependant observé par Lindner ; je veux parler de l'occlusion intestinale causée par un rein mobile. L'intervention s'impose évidemment.

Deux autres éléments sont encore à considérer : la douleur et l'hydronéphrose. Examinons d'abord le symptôme douleur.

Il y a des sujets atteints de rein mobile compliqué chez lesquels l'élément douleur domine la scène. Tous les symptômes se résolvent en un seul, la douleur. Les souffrances éprouvées par ces malheureux sont parfois telles que rien ne les soulage. D'autres fois, elles sont intermittentes, revêtent le caractère d'accès et se terminent par une abondante émission d'urine. Elles simulent des attaques de coliques néphrétiques ou hépatiques et un examen attentif seul peut prévenir cette erreur. On constate une pesanteur et un endolorissement parfois assez pénible. D'autres malades souffrent presque continuellement d'une manière plus ou moins vive. Ces douleurs exaspérées par la marche, la fatigue, etc., les empêchent

de se livrer à aucun travail. Le moindre déplacement, avons-nous dit, provoque des douleurs qui forcent le malade à se remettre dans la position horizontale. En pareil cas, le malheureux demeure absolument infirme.

Dans ces conditions, si un appareil prothétique à pelote rénale ne vient pas en aide au malade, il importe de proposer la néphrorrhaphie, comme il a été dit plus haut. La vie de ces malades devient quelquefois si intolérable qu'ils arrivent à préférer mille fois la mort et s'offrent d'eux-mêmes au bistouri. Dans un cas de ce genre, M. Tuffier, eut pour ainsi dire la main forcée par une malade qui bénéficia d'ailleurs, dans une large mesure, de son intervention.

III

En dehors de toute douleur, l'opération peut s'imposer au chirurgien par le fait d'une hydronéphrose. Nous avons vu le cas de cette dame atteinte d'ectopie rénale, puis d'hydronéphrose, ensuite d'hypertension artérielle, enfin d'asystolie.

En présence de pareils accidents le praticien doit lutter par tous les moyens que la science moderne met à sa disposition. Ce sont : la prothèse, et en cas d'échec, la néphrorrhaphie.

Dans tous les cas, que l'on ait recours à la prothèse ou à l'opération, il ne faudra jamais négliger, dans cette variété de rein mobile, le traitement médical qui peut relever et raffermir l'organisme. Ce traitement consiste en douches, massage, toniques à l'intérieur et grand air. Dans

quelques cas, l'électricité, surtout les courants continus ont rendu de réels services. M. Tuffier emploie toujours ce traitement avant de tenter l'opération.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications de prothèse ou d'intervention n'ont, pour ce qui concerne le rein mobile simple, qu'une médiocre importance, eu égard à leur rareté. Signalons-les néanmoins : néphrite aiguë ou chronique, âge avancé, débilité générale, cachexie, maladies constitutionnelles.

Le rein mobile compliqué mérite, au contraire, toute notre attention. C'est pourquoi il importe avant tout d'établir nettement le diagnostic.

Nous avons dit qu'il fallait intervenir : 1° Quand l'élément douloureux domine la scène et ne laisse au malade ni trêve ni repos ; 2° quand on se trouve en présence d'une hydronéphrose intermittente confirmée.

A part ces deux cas tout particuliers, il faut se contenter des moyens prothétiques et médicaux qui ont donné souvent de bons résultats. Une de nos malades dont nous relatons l'observation a été soulagée par ces moyens d'une façon très appréciable (Obs. XVI).

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE.

I

L'ectopie rénale était jusqu'à ces dernières années du ressort de la médecine, et on ne lui avait opposé que des moyens prothétiques.

Hahn de Berlin fit la première néphrorrhaphie sur deux sujets, les 10 et 14 avril 1881. Craignant une hémorrhagie que rien n'aurait pu arrêter, il sutura la capsule adipeuse du rein aux parties environnantes sans oser même l'ouvrir. Ces premières tentatives ne donnèrent à l'auteur aucun bon résultat : l'ectopie récidiva. Ayant vu que le point d'appui fourni par la capsule graisseuse n'était pas assez solide il réopéra une de ses deux premières malades et traversa cette fois la capsule propre du rein ou capsule de Malpighi. Avec cette modification importante, il obtint de très beaux succès dans cinq interventions.

En 1882 Delhaes et Bassini portèrent timidement la main sur la partie superficielle du parenchyme rénal. En 1883 seulement *Kuster*, puis d'autres chirurgiens, traversèrent hardiment le tissu rénal. Les insuccès du début et un décès (cas de Coccherelli) intimidèrent les auteurs et

empêchèrent la néphrorrhaphie de se vulgariser. Enfin en 1887 grâce à la méthode de Delhaes et Kuster, les opérations suivies de succès se multiplièrent. Depuis lors, Newmann, Morris, Landau à l'étranger, MM. Guyon et Tuffier en France, traversèrent hardiment la substance rénale. Les belles expériences de M. Tuffier, confirmées du reste à l'étranger prouvent que les plaies faites à la glande rénale se cicatrisent avec une facilité étonnante et que l'hémorrhagie, cet accident autrefois si redouté, cède à une légère compression. Ce point expérimental a eu d'importantes conséquences pratiques. Aujourd'hui grâce aux expériences faites à des travaux multiples et aux beaux succès obtenus, on ne craint plus d'attaquer le rein et la néphrorrhaphie est devenue une opération courante et a sa place marquée dans le domaine de la chirurgie moderne.

II

Quant au manuel opératoire, il me suffira de décrire celui que j'ai vu suivre un certain nombre de fois et qui est à la fois simple et rapide. Je renvoie, pour les autres procédés, aux traités spéciaux.

Il me paraît superflu de parler des précautions antiseptiques, ces précautions étant aujourd'hui de notoriété publique. Dans l'état actuel de la science, l'asepsie subjective s'impose au chirurgien, même quand il ne s'agit que d'un simple pansement. Toute dérogation à cette règle constitue une faute dont le malade et la conscience du chirurgien peuvent avoir à souffrir.

Le sujet étant couché dans le décubitus latéral du côté opposé à celui où se trouve le rein ectopié, on glisse sous le flanc un coussin de sable, afin de tendre la région malade. On procède alors à la chloroformisation. Un aide brosse au savon, lave au sublimé et éthérise la région qui s'étend verticalement des quatre ou cinq dernières côtes à quelques travers de doigt de la crête iliaque, et, transversalement, des apophyses lombaires à l'ombilic. On circonscrit toute cette région avec des compresses stérilisées.

Cela fait et le sujet profondément endormi, on procède à l'opération : A quatre travers de doigt des apophyses lombaires et non à quatre centimètres, comme d'aucuns le veulent, on fait une incision depuis la onzième côte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la crête iliaque.

Je dis à quatre travers de doigt, car à quatre centimètres, on pénétrerait directement dans la masse commune, tandis que dans le premier cas on arrive juste au bord externe de la masse sacro-lombaire.

La direction qu'il faut donner à l'incision varie suivant la position des reins déplacés. Si le rein se trouve dans sa nouvelle position en bas et en dedans, il est évident que l'incision verticale ne pourrait nous mener que difficilement sur le rein, et le chirurgien éprouverait de grandes difficultés à saisir la glande, malgré la longueur de la plaie. Si le rein ectopié se trouve dans la fosse iliaque et que l'incision soit oblique, les mêmes difficultés surgissent. C'est pour ces raisons qu'on ne peut établir aucune règle au sujet de l'incision à faire. Elle dépendra donc de la nouvelle direc-

tion prise par la glande rénale. Selon les cas on aura recours à l'incision oblique ou verticale.

L'incision cutanée faite, on sectionne sur le bord externe de la masse sacro-lombaire les différents plans musculo-aponévrotiques jusqu'à ce qu'on arrive sur le muscle carré lombaire. On récline ce muscle et on arrive alors sur la face postérieure de la capsule graisseuse.

Pour faciliter l'opération, un aide placé du côté opposé à l'opérateur enfonce son poing dans le flanc, sous les fausses côtes autant que possible, et retoule de la sorte la glande vers la plaie cutanée. Le chirurgien déchire alors avec les doigts la capsule graisseuse pour découvrir le rein, ce qui n'est pas toujours facile. La glande mise à nu, on traverse son extrémité inférieure avec un fil double de catgut qui servira à la suture, mais permet immédiatement de maintenir le rein au niveau de la plaie. La partie moyenne de la glande est traversée par un second fil également de catgut toujours double et l'extrémité supérieure par un fil de soie plate. On procède alors, avant de faire la suture, à la décortication de la partie de la capsule propre comprise entre les fils. Il ne se produit alors aucune hémorrhagie.

La décortication fut employée pour la première fois, par Lloyd (1) dont M. Tuffier ignorait les travaux quand il fit ses expériences et le 4 décembre 1888 il s'en servit à son tour pour en faire depuis son procédé de choix. Il ajoute parfois sur la partie du rein dépourvue de sa capsule quelques légères scarifications.

1. Lloyd, *Practitioner*, september 1887.

Tout dernièrement on a voulu s'élever contre cette manière de faire et on proposa de repousser cette manœuvre en prétendant que le seul avantage serait d'obtenir des adhérences plus solides, trop solides même. Par contre, ces adhérences amèneraient des lésions plus considérables, c'est-à-dire une sclérose plus étendue.

Sulzer n'a jamais hésité à adopter ce procédé. Outre la sclérose très prononcée que ces adhérences si solides peuvent amener, elles immobiliseraient la glande. Dès lors exposé à des pressions auxquelles il ne peut se soustraire, le rein subirait un tiraillement continu.

J'avoue ne pas comprendre ce qu'on entend par rein trop solidement fixé. Si la néphrorrhaphie doit consister à fixer un rein dont la tendance à quitter sa loge est le principal défaut nous devons rechercher les adhérences au lieu de les éviter. C'est pour avoir fait bon marché de cette indication que les premiers opérateurs échouèrent dans leurs tentatives. En outre, on a oublié de nous dire par quel moyen on pourrait reconnaître qu'un rein est plus ou moins solidement fixé. Enfin chez tous nos opérés la décortication a été faite sans qu'il s'en soit suivi le moindre accident. Du reste, les expériences de notre maître M. Tuffier ont établi : 1° Qu'après la décortication il se formait des adhérences assez solides pour défier toute récurrence ; 2° que la couche scléreuse de néoformation était si mince qu'elle ne pouvait en aucune façon entraver le libre fonctionnement de la glande ; 3° que la sclérose n'envahissait point la profondeur du parenchyme rénal.

Je relate quinze observations personnelles dans les-

quelles la décortication a été employée. J'ai suivi pendant longtemps quelques-uns de ces malades. Tout dernièrement j'ai eu l'occasion de les revoir et je n'ai observé aucun symptôme ni accident qui pût être mis sur le compte de la sclérose. L'expérience et l'observation clinique sont là pour établir les faits et je crois avec M. Tuffier que le meilleur moyen d'éviter sûrement les récidives dans les formes simples serait la décortication d'une partie de la capsule propre du rein.

Dans ces nombreuses expériences M. Tuffier (1) a démontré d'une manière évidente que la capsule propre du rein si mince, si pauvre en vaisseaux, joue un rôle isolateur et empêche le rein de contracter des adhérences en un point quelconque de l'abdomen. S'il vient à se fixer on constate alors qu'il a été englobé, emprisonné pour ainsi dire par les organes voisins dans sa nouvelle situation.

Cette propriété de la capsule devient de la sorte un puissant obstacle quand il s'agit de le fixer, puisqu'il est entouré de ce vernis naturel sur lequel ils ne peuvent se produire ni atteindre les proliférations cellulaires qui conduisent à la cicatrisation.

Connaissant ainsi l'obstacle, il a cherché, et trouvé deux moyens : l'un qui tourne la difficulté de l'obstacle et l'autre qui le supprime.

Dans les cas de rein déplacé et immobilisé dans une situation anormale ce résultat est dû à l'intermédiaire

1. Tuffier. *Etude expérimentale de la chirurgie du rein*, 1889, p. 51 et suivant.

des tissus périphériques qui, comme nous l'avons dit emprisonne l'organe.

Ainsi il suffira, pour obtenir la fixation, d'entourer le rein d'une atmosphère plastique susceptible de se réunir autour de lui et d'en assurer son immobilité.

Tout d'abord M. Tuffier essaya de mettre l'organe derrière l'atmosphère graisseuse rétro-rénale qui, elle, est fixe et ne suit pas le rein dans ces déplacements. Il a suffi de décoller cette graisse, de mettre le rein derrière elle au contact de l'aponévrose du transverse et de suturer. Le résultat fut parfait. Mais il trouve que cette graisse était trop lâche pour constituer un point d'appui solide. C'est alors qu'il eut l'idée de lui faire une loge beaucoup plus solide et pouvant défier toute récidence. Il conçut l'idée de décoller l'aponévrose du transverse du petit oblique et de placer le rein dans cette loge en ménageant une ouverture assez large pour le passage du pédicule. Cette conception opératoire fût mise en pratique sur un chien et le résultat opératoire fut remarquable.

Pour savoir si le rein ainsi fixé conserve ses fonctions, il pratiqua deux mois après la néphrectomie du côté opposé. L'animal guérit de sa seconde opération et six semaines après il le sacrifia. A l'autopsie, il trouva le rein hypertrophié absolument fixé dans sa loge sans adhérences notables à la périphérie. Le hile n'était pas comprimé. Au devant du rein l'aponévrose du transverse et les quelques fibres musculaires implantés à sa surface forment une membrane solide et continue. Au centre cette membrane présentait un orifice assez large pour le passage

des vaisseaux. Le rein fonctionnait d'une façon tout à fait normale, puisque après la suppression de l'organe du côté opposé, il a suffi à lui tout seul à l'excrétion urinaire.

Le premier procédé, celui qui consiste à placer le rein derrière la graisse rétro-rénale, est purement expérimental, étant donnée sa laxité elle ne peut être considérée comme un point d'appui assez solide. Le second procédé, celui qui consiste à mettre le rein derrière l'aponévrose du transverse a été repris par Arnaud (1). Il ne peut être appliqué que partiellement chez l'homme. Le rein à l'état normal ne dépasse la dernière côte que par son tiers inférieur, qui seul pourrait être placé derrière l'aponévrose du transverse en avant du carré lombaire. Il est évident que de cette façon on créerait un sérieux obstacle à la descente de l'organe. Quant aux inconvénients dus à la constriction du hile ou à l'atrophie de l'organe, ils sont purement hypothétiques, et l'expérience prouve que les vaisseaux et l'uretère conservent leur perméabilité.

M. Vaneufville (2), dans sa thèse, donne plusieurs observations tendant à prouver qu'il faut pour arriver à fixer le rein suturer la glande et sa capsule. Cet expérimentateur dit avoir vu qu'en traversant le rein par un fil de soie et le suturant à la paroi lombaire, il se formait autour de ce fil une bride fibreuse capable de le fixer. M. Tuffier trouve ce fait indéniable et il l'a lui-même constaté. Mais il dit que ce mince cordon fibreux n'est pas suffisant

1. Arnaud. Société de Biologie, 1891, p. 8.

2. Vaneufville. Thèse de Lille, 1888.

pour fixer l'organe, surtout si l'antéroptose se joint à la néphroptose.

Partant de ce principe que la capsule est un obstacle à supprimer, et si M. Vaneufville a vu la glande adhérer au niveau des points de suture qui passaient dans le rein et dans la plaie, c'est parce que, à ce niveau, il a tout simplement supprimé la capsule. Notre maître a constaté dans toutes ses expériences de résection du rein que partout où son enveloppe faisait défaut des adhérences se formaient. Quelquefois il a été obligé de recouvrir la surface rénale par les lambeaux de cette capsule pour l'éviter de contracter des adhérences avec les organes voisins.

Fort de ces remarques et constatations et des résultats obtenus il appliqua cette manœuvre à l'homme. Toutes nos opérations furent faites par ce procédé. Voici comment il pratique la décortication : Le rein une fois mis à nu et dénué de la capsule graisseuse péri-rénale on le traverse comme il a été dit plus haut pour les fils. Avant de les suturer, il fait une petite boutonnière à la capsule propre au niveau du bord convexe du rein, il la décortique en tirant dessus, et si elle ne cède pas on y arrive facilement en s'aidant d'une sonde cannelée.

La cicatrice obtenue par ce moyen est à toute épreuve et on déchirerait plutôt la glande que de lui faire lâcher prise. Dans les cas d'intéroptose compliquant le rein mobile cette cicatrice suffit à maintenir les viscères.

Les tiraillements que la glande rénale subirait de par la compression des viscères abdominaux demeure très problématique. En effet, le rein ne contractant des adhé-

rences que par une partie de sa surface, conserve toujours une certaine mobilité latérale suffisante pour amortir l'effet de la compression. L'observation clinique journalière nous montre, du reste, que ces faits sont hypothétiques, et que, dans la pratique, on pourrait sans le moindre inconvénient les négliger.

On a voulu rejeter aussi le fil de soie qui, dans une ou deux circonstances, aurait sectionné le rein. De plus, les malades opérés au fil de soie auraient souffert plus vivement et certains mêmes se seraient vu atteints d'hématurie, d'où on conclut que le fil de soie a probablement joué le rôle d'un instrument tranchant. Voici notre réponse. Dans toutes nos opérations on a employé le catgut et la soie plate : celle-ci servant à la suture supérieure, celui-là étant réservé aux deux sutures inférieures. Si le rein s'était déchiré pendant les jours qui ont suivi l'opération, outre que le prolapsus se serait produit, nous aurions eu à combattre, ou une hématurie, ou une abondante hémorrhagie péri-rénale. Nos observations sont muettes quant à cette dernière. Si nous avons constaté, l'une ou l'autre fois, une hématurie légère, nous devons à la vérité de dire que sa durée a été insignifiante et qu'elle n'a en rien troublé le travail de cicatrisation de la glande. Le fil de soie s'enkyste facilement, ne produit aucun accident, et ne peut être, par conséquent, un danger continu. Il suffit de pratiquer une antiseptie rigoureuse et d'employer la soie stérilisée.

Nous avons observé chez deux malades la production de fistules, qui ont duré deux et trois mois. L'enquête

nous a permis d'établir que ces accidents devaient être attribués à des pansements négligés.

Après cette digression peut-être longue, mais nécessaire, continuons la description de notre procédé opératoire.

Le rein décortiqué, scarifié, dans la portion comprise entre les fils, on procède à la suture. Le fil supérieur (soie plate aseptique) est fixé au périoste de la douzième côte, tandis que les fils de catgut, numéros 2 et 3, traversent les plans musculo-aponévrotiques de la plaie. Les surfaces cruentées ainsi en contact, on serre modérément les fils afin de ne point déchirer le parenchyme rénal, ou sinon le compromettre plus tard. Les expériences de notre maître ont démontré que serrer trop ou modérément les fils avait une grande importance au point de vue des lésions anatomiques et des fonctions physiologiques ultérieures de l'organe. Outre que le rein peut être sectionné au cours ou dans les premiers jours qui suivent l'opération, il arrive que leur résorption, si facile qu'elle soit, ne peut être suffisamment rapide pour ne pas laisser de graves lésions. Voici du reste comment il s'exprime :

« Sans doute il faut fixer le rein, mais il ne faut que
« le fixer et non pas le serrer fortement. D'ailleurs cette
« fixation est toute temporaire, et c'est à un autre processus qu'est due la fixité définitive, c'est-à-dire aux
« adhérences qui s'établissent entre le parenchyme
« rénal et les tissus environnants, et non pas sa capsule
« propre incapable de bourgeonner et de produire des
« adhérences (1). »

1. Tuffier. Société anatomique, 1888, p. 705.

Une suture en surjet faite à quatre étages dans les plans musculo-aponévrotiques, à l'aide d'un catgut numéro 2, constitue l'avant dernier temps de notre opération que terminent les sutures de la peau faite avec le crin de Florence. Après un pansement aseptique on applique un bandage de corps avec sous-cuisses, afin qu'il ne remonte pas les jours suivants.

La malade est couchée dans son lit la tête basse et le siège un peu élevé pendant une quinzaine de jours. La nécessité de cette position que notre maître impose aux malades est aujourd'hui bien connue et adoptée par tous. En effet cette position déclive et le repos absolu facilite sur une large mesure la cicatrisation des parties cruentées sans qu'il puisse avoir des tiraillements qui peuvent avoir des conséquences sinon fâcheuses du moins influencer beaucoup sur les résultats définitifs. Si aucun accident d'infection ne survient, on refait le pansement au bout de sept ou huit jours. Le vingt-cinquième jour, on permet à la malade de se lever et le vingt-huitième ou trentième jour, elle sort complètement guérie. Un accident heureusement sans importance et qui survient assez souvent pendant les trois ou quatre premiers jours et l'oligurie est quelquefois l'anurie réflexe.

Quelques-unes de nos malades ont uriné très peu pendant ce même temps : deux ou trois cent grammes, pour remonter le quatrième ou le cinquième jour à huit cent, douze cents et quinze cents grammes.

III

Les complications opératoires sont nulles si on prend toutes les précautions antiseptiques rigoureuses. Le septième jour on retire les points de sutures cutanées et la plaie se trouve complètement cicatrisée.

Toutes nos opérations furent suivies d'un résultat parfait. Excepté deux de nos opérées qui restèrent pour des fistules, deux ou trois mois dans le service et qui finirent cependant par guérir ; toutes les autres sortaient complètement guéries le vingt-huitième ou le trentième jour. A cet égard voici une petite statistique que j'ai pu établir sur les observations personnelles recueillies dans le service. Sur quinze opérations : neuf malades sortirent de l'hôpital complètement guéris et ne souffrant plus du tout.

Trois sortirent présentant encore quelques petites douleurs lombaires et des troubles gastriques.

Ces malades étaient des neurasthéniques et une d'elles disait être enchantée du résultat malgré ce reliquat, étant donné les souffrances intolérables qu'elle endurait avant l'opération.

Un malade qui fût opéré pour une pyonéphrose intermittente guérit de son intermittence et par suite de tous les accidents que cette rétention lui causait.

Une malade qui fut opérée tout en ayant un rein mobile compliqué causant des douleurs insupportables, bénéficia considérablement de l'intervention, enfin une, morte d'influenza.

La thérapeutique à suivre après l'opération se résume

à très peu de chose. La malade doit être placée dans une chambre autant que possible grande, bien aérée, chauffée jusqu'à 18° à 20°. Il faut placer la malade sur son lit dans la position que nous avons indiquée plus haut. Si la malade ne peut uriner toute seule on la sonde deux ou trois fois par jour avec une sonde aseptique que l'on maintient constamment dans une éprouvette pleine d'une solution de sublimé au millième, ou d'acide borique à 5 pour 100. On doit prendre matin et soir la température pour parer au plus vite à la moindre alerte. Il arrive quelquefois que le troisième ou le quatrième jour il y ait une brusque ascension du thermomètre, sans que du côté de la plaie on puisse découvrir la moindre réaction. Dans ces cas la fièvre est due aux ptomaines résorbées dans l'intestin et cède à un léger purgatif. Comme nourriture on donne les premiers jours du lait, du champagne frappé avec de l'eau de Seltz, ou du grog froid, puis, petit à petit, on les alimente légèrement et progressivement. Le vingt-cinquième jour on permet au malade de se lever et même de quitter l'hôpital ; toutefois il faut recommander aux malades de ne pas travailler jusqu'au trente-cinquième ou quarantième jour.

IV

Avant de terminer ce chapitre il me paraît intéressant de parler d'un point de suture cutanée qui se pratique depuis bientôt deux ans dans notre service.

Ce point de suture dit *hollandais* n'a jamais, que je sache, été décrit, et on ignore absolument son origine. Je

vais tout d'abord le définir, puis je ferai ressortir ses avantages.

Les deux lèvres de la plaie ayant été traversées par l'aiguille de Reverdin, on reçoit dans le chas de l'aiguille le milieu du crin de Florence. L'aiguille retirée, le crin se trouve doublé : d'un côté nous voyons un anneau et de l'autre les deux bouts libres.

On prend alors un de ces bouts et on traverse l'anneau de manière qu'il se forme un nœud coulant en maintenant l'autre bout fixe. Il ne reste plus qu'à serrer à volonté les deux bouts libres du crin jusqu'à ce que les lèvres de la plaie viennent en contact. Deux nœuds ordinaires fixent le crin comme dans la suture classique.

Ce point de suture, à la fois simple et facile présente un triple avantage sur l'autre :

1° Il permet de mieux rapprocher les deux lèvres de la plaie, étant donné l'anneau coulant qui facilite, la traction.

2° L'affrontement des deux lèvres, surtout en profondeur, est facilité, quand la peau est doublée d'une couche assez épaisse de tissu cellulo-graisseux, comme chez la femme.

3° Avec un seul crin on a l'avantage de faire un double point de suture : l'un profond et l'autre superficiel.

Le seul reproche qu'on puisse adresser à cette suture est de s'enlever plus difficilement. L'habitude permet assez vite de lever cette difficulté, surtout si l'on prend soin de couper le crin du côté de l'anneau.

CONCLUSIONS

De ce travail nous nous croyons autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° La néphrorrhaphie est une opération bénigne.

2° Elle donne de très bons résultats et encourage le chirurgien à persévérer dans cette voie toutes les fois que l'indication s'impose.

3° Pour être sûr du résultat définitif et n'avoir à craindre une récurrence, surtout dans la variété compliquée, il faut toujours décortiquer une partie de la capsule propre de la glande rénale.

Rein mobile simple. Indications opératoires.

1° Si le rein mobile est franchement traumatique et qu'il provoque des accidents douloureux plus ou moins violents il y a indication à pratiquer la néphrorrhaphie, après l'échec d'un appareil prothétique bien confectionné.

2° Il y a également indication opératoire toutes les fois que le rein ectopie entrave le jeu normal des organes environnants.

3° Il y a lieu de temporiser et d'essayer une ceinture toutes les fois que chez une neurasthénique le rein mobile ne paraît être dû à un traumatisme. Dans ce cas la prothèse a un double avantage: de soulager les malades dans une large mesure et d'édifier le chirurgien sur la variété du rein mobile auquel il a affaire.

Contre-indications opératoires.

1° Dans le cas de rein mobile atteint de néphrite aiguë ou chronique.

2° L'âge avancé, les maladies générales ou constitutionnelles, la cachexie des malades.

Rein mobile compliqué : Indications opératoires.

1° Quand le rein mobile compliqué provoque des douleurs atroces, qui ne laissent aucun repos aux malades, et qu'un appareil prothétique remplissant toutes les indications désirables ne peut les soulager.

2° Quand il y a des signes évidents d'hydronéphrose intermittente, ou de la pyonéphrose intermittente due à la coudure de l'uretère.

Contre-indications opératoires.

A part ces deux cas précédents on doit s'abstenir de toute intervention et avoir recours à la prothèse et aux moyens médicaux, comme douches, massage, toniques et courants continus.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS (1).

OBSERVATION I (Inédite publiée avec l'autorisation de M. Tuffier).

Rein mobile compliqué à droite. Prédominance des phénomènes douloureux lombaires. Prolapsus précoce du côté opposé. Néphrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 13 mois.

Dem... Rosa, âgée de 40 ans, femme de chambre, entre le 3 octobre 1891, salle Huguier, lit n° 15 bis.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie foudroyante ; sa mère a succombé aux suites d'une maladie inconnue. En interrogeant bien la malade, on trouve dans ses antécédents héréditaires des stigmates de maladies nerveuses. C'est ainsi qu'elle nous raconte que sa mère était souvent sujette à des attaques de nerfs et que son père était un alcoolique invétéré.

La malade n'a présenté aucune maladie antécédente. Cependant elle était souvent sujette à des maux de tête. Réglée à 14 ans, ses menstrues furent irrégulières et douloureuses. Mariée à 23 ans. Trois couches toutes bonnes. Depuis sa troisième couche qui remonte à huit ans, elle est restée faible et souffre d'un malaise général.

La malade ne se rappelle pas au juste à quand remontent ses douleurs de rein, mais elle nous dit qu'elles remontent loin (4 ans).

1. Toutes les observations personnelles ont été recueillies à l'hôpital Beaujon et publiées avec l'autorisation de M. Tuffier.

Depuis trois mois, elle souffre presque continuellement et ne trouve un peu de repos que dans la position horizontale. Ne pouvant plus s'occuper d'aucun travail et à bout de force elle entre à l'hôpital Beaujon.

La malade est chétive, d'une constitution médiocre. Elle n'a presque pas d'appétit et les digestions sont lentes avec flatulences.

Elle présente une dilatation stomacale. La constipation est habituelle.

En examinant le système nerveux, on trouve quelques plaques d'anesthésie à la partie externe des bras et des cuisses du côté droit.

La sensibilité pharyngienne est complètement abolie.

Le ventre est flasque, et en faisant asseoir la malade on constate, en s'opposant à ce mouvement, qu'elle a le ventre nettement trilobé. Le système veineux des membres inférieurs est très dilaté dans une grande étendue.

En examinant la région rénale, on trouve le rein déplacé dans une forte étendue descendant presque jusqu'à la fosse iliaque. Les anneaux naturels sont flasques. Bref on trouve chez cette malade l'entéroptose de Glénard avec un rein mobile.

On tonifie la malade avec le quinquina, les douches, et on lui fait mettre une ceinture confectionnée dans le service. Etant insuffisamment soulagée elle réclame une opération. Après quelques hésitations M. Tuffier pratique la néphrorrhaphie le 8 octobre 1891. Suites opératoires nulles. Le résultat immédiat fut parfait. Le onzième jour, la cicatrisation était complète. Le 24 novembre, la malade sortit complètement guérie.

La malade fut revue le 4 janvier 1892. Elle se plaignait de son estomac. La dilatation persistant, on lui conseilla un traitement tonique, du massage et des douches.

La cicatrice était légèrement hypertrophiée ; le rein était fixé,

même dans l'examen pratiqué, dans la position génu-pectorale, mais le rein opposé était légèrement prolabé.

Revue le 18 octobre 1892.

L'appétit est bon malgré une dilatation stomacale assez marquée. Elle conserve toujours une constipation opiniâtre. Cette malade présente souvent des maux de tête fort douloureux et l'anesthésie pharyngienne persiste. Les fonctions urinaires sont normales.

Le rein paraît bien fixé ; on sent cependant son extrémité inférieure. La cicatrice est parfaite, un peu douloureuse à la pression.

Elle ressent de temps en temps quelques douleurs lombaires, surtout à la suite d'une longue marche ou d'une fatigue prolongée.

Le rein gauche examiné au point de vue de la légère ectopie constatée à l'examen précédent, on trouve cette glande descendue de deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes et un peu déviée vers la ligne médiane.

OBSERVATION II (publiée avec l'autorisation de M. Tuffier).

Rein mobile traumatique à droite. Chute d'un lieu élevé. Néphrorraphie. Guérison. L'opération remonte à 10 mois.

R... Denfert, âgée de 37 ans, journalière, entre le 21 décembre 1891, salle Huguier, lit n. 15.

Cette malade vint nous consulter pour un épithélioma du col de l'utérus. Elle souffrait de douleurs violentes dans le flanc droit.

Nous l'interrogeons alors sur le début et la cause de ses douleurs et nous apprenons qu'au commencement de novembre 1891 elle était tombée sur son côté droit en nettoyant des carreaux. Elle ressentit immédiatement une douleur atroce et perdit connaissance.

Depuis lors, elle a toujours souffert, surtout le soir, après avoir travaillé.

Tous les autres organes ne présentaient rien d'anormal. La néphrorrhaphie fût pratiquée le 16 janvier 1892. On trouva le rein sain, mais un peu gros. L'atmosphère graisseuse périrénale est plus dense qu'à l'ordinaire. Devant le volume quelque peu exagéré du rein, on fit quatre points de suture, un à la soie et trois au catgut.

Rien à noter après l'opération, ni fièvre ni autre accident. La quantité d'urine émise le premier jour fut de six cent cinquante grammes, le deuxième jour de sept cent soixante quinze, le troisième de neuf cent cinquante et le quatrième de onze cent cinquante grammes.

La malade complètement guérie sortit le 25 février 1892, avec une cicatrice parfaite.

Cette malade étant partie pour la province sans laisser d'adresse il nous a été impossible d'avoir de ses nouvelles.

OBSERVATION III (personnelle).

Blennorrhagie. Cystite avec rétrécissement urétral du rein mobile. Pyonéphrose intermittente à droite. Néphrorrhaphie. Guérison. Communication de M. Tuffier. Observation. L'opération remonte à 11 mois.

C... Jean, âgé de 35 ans, infirmier, entre le 13 novembre 1894, salle Robert, lit n° 35.

Son père est mort tuberculeux, sa mère a succombé à une maladie inconnue, et sa sœur est morte en couches.

A un an, il eut la rougeole ; à sept ans il contracta une inflammation intestinale et à dix ans une fluxion de poitrine. Il en eut une seconde à quatorze ans ; en 1884, une fièvre typhoïde traitée à

la Pitié ; en 1883, une bronchite intense qui est devenue chronique.

A la fin de 1883, il contracta une première blennorrhagie d'une durée de sept mois ; dix mois après, une seconde blennorrhagie et depuis lors la guérison est restée incomplète. En 1887, le malade commence à souffrir du flanc droit. Les douleurs s'exaspèrent pendant la marche et la fatigue. La miction nécessite quelquefois des efforts violents, en même temps que les douleurs augmentent d'intensité. Malgré cela, le malade continue à travailler, tout en s'arrêtant de temps en temps. Il s'alite huit jours à Tenon et dix à Laënnec.

Il y a deux mois, il s'aperçut que ses urines s'étaient troublées pendant quelques jours, pour s'éclaircir plus tard. Cet éclaircissement des urines coïncidait avec le redoublement des douleurs, en même temps qu'apparaissait une espèce de tumeur dans le flanc droit. Ceci durait quelques jours et le malade n'était soulagé que quand les urines devenaient troubles. La tumeur disparaissait alors et dans l'intervalle d'une de ces crises douloureuses le malade entra dans le service de M. Théophile Anger.

Le 13 novembre 1891, nous l'examinâmes et voici ce qui fut constaté : le catéthérisme nous conduisit sur un rétrécissement de la portion périnéale de l'uretère : la plus fine bougie seule passait. En examinant la région rénale droite on découvrit facilement un rein flottant. L'uretère donnait la sensation d'un cordon dur glissant sous les doigts. Les urines étaient troubles et le malade ne souffrait presque pas de ses reins.

Le 26 novembre 1891 ; on lui fit l'urétrotomie interne, et puis la dilatation progressive avec les Beniques. Le 19 décembre apparaît à la région lombaire une tumeur douloureuse peu fluctuante coïncident avec des urines claires. Le malade souffrait beaucoup. M. Tuffier fait le diagnostic d'une pyonéphrose inter-

mittente par coudure de l'uretère chez un homme atteint de rein mobile.

Après avoir discuté devant nous l'indication opératoire, il pratiqua la néphrorrhaphie par le procédé décrit plus haut le 16 décembre 1891.

Le diagnostic fut trouvé exact. On redressa l'uretère et l'on remit le rein en place.

Le rein contenant des matières septiques on pratiqua le drainage. Ce drain s'élimine spontanément le huitième jour et le dixième la plaie lombaire était complètement cicatrisée.

Depuis son opération le malade continue à uriner du pus sans en souffrir. Vers le 3 janvier les urines paraissent cependant un peu s'éclaircir et le 8 janvier le malade sort pour aller à Vincenne guéri de ces douleurs et de son intermittence.

Le 26 janvier il revient dans le service pour se faire dilater le canal de l'urètre. Le rein droit fût trouvé absolument fixe, il n'a jamais eu plus de crises et les urines restent toujours troubles. Après lui avoir dilaté suffisamment le canal il ressort le 18 février 1892.

Tout dernièrement le malade fut revu le 15 septembre 1892. Il nous dit n'avoir plus jamais souffert de ses reins. Les urines restent toujours un peu troubles. La cicatrice est parfaite et le rein paraît absolument fixe même par l'examen dans la position genu-pectorale.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Doubles reins mobiles compliqués douloureux. L'opération remonte à un an. Double néphrorrhaphie. Guérison.

B... Aline, âgée de 52 ans, employée de commerce, entre le 28 octobre 1891, salle Huguier, lit n° 9.

Son père alcoolique, après avoir présenté des accidents ner-

veux, est mort d'une fluxion de poitrine. Sa mère est d'une santé délicate et très nerveuse.

Rien à noter jusqu'à 17 ans, époque où elle eut une pneumonie. A 18 ans, elle présenta de l'ictère avec douleurs dans toutes les jointures, mais sans fièvre. Mariée à vingt ans ; menstruations régulières depuis leur apparition (13 ans).

Elle eut trois enfants ; accouchements normaux et suites très bonnes. En 1888, elle sentit une pesanteur assez pénible au bas-ventre. Un médecin consulté lui appliqua un pessaire. Pendant trois mois, elle fût assez notablement soulagée, mais fut prise, à la suite d'une longue fatigue, de douleurs rénales assez marquées. Ces douleurs s'exaspéraient par la moindre fatigue, et n'étaient améliorées que par le repos au lit. Elle souffre depuis trois ans d'une manière variable. Il y a un mois, ses douleurs sont devenues intolérables au point qu'elle fut obligée de cesser tout travail et d'entrer à l'hôpital.

Notre attention étant portée du côté de la région rénale, on constate, au premier examen, un déplacement du rein gauche plus considérable que celui du côté droit. Le rein gauche descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Le rein droit se dirige du côté de l'ombilic. En examinant les autres organes on trouve, du côté de l'appareil digestif, une dilatation stomacale assez appréciable.

Comme symptôme fonctionnel, l'appétit est diminué, les digestions très difficiles. La paroi abdominale est flasque, mais ne revêt pas la forme trilobée. Les membres inférieurs présentent des varices nombreuses dans une grande étendue.

Cette femme est très nerveuse, pleure et rit facilement. L'anesthésie pharyngienne est complète ; quelques plaques d'anesthésie du côté externe des membres inférieurs et supérieurs. Les organes génitaux paraissent normaux ; l'utérus seulement est un peu prolabé. On diagnostique un rein mobile compliqué et on appli-

que immédiatement un traitement convenable : douches, toniques, massage, ceinture confectionnée dans le service.

Malgré ce traitement, la malade souffre comme par le passé et ne veut plus quitter son lit. Elle réclame avec insistance une opération. Après quelques hésitations et pour échapper aux instances continuelles de la patiente, on fixa son rein gauche le 9 novembre 1891. On fit l'opération par le procédé que nous avons décrit. Cinq points de sutures furent appliqués : deux à la soie et trois au catgut. Comme suites, ni fièvre ni autre accident. La quantité d'urine émise dans les premières vingt-quatre heures fut de 650 grammes. Le second jour, leur chiffre s'éleva à 840, le troisième à 925 et le quatrième à 1020 grammes.

Le 1^{er} décembre, on fit la néphrorrhaphie droite. Trois points de sutures. Ici se présenta une particularité curieuse que nous avons, du reste, rencontrée trois fois : après avoir récliné le muscle carré lombaire, on trouva la rate qui se présentait d'abord. On ne la reconnut qu'après avoir ouvert le péritoine. On le rentra dans la cavité abdominale et on rechercha le rein.

Cette seconde néphrorrhaphie ne fut suivie d'aucun accident, et la malade complètement guérie de ses douleurs, sortit de l'hôpital le 1^{er} janvier 1892. Elle n'a point quitté sa ceinture.

(La malade ayant donné une fausse adresse il a été impossible de la retrouver).

OBSERVATION V (Personnelle).

Rein mobile traumatique. Néphrorrhaphie. Guérison opératoire.
Mort d'influenza.

A... Adèle, âgée de 35 ans, femme de chambre, entre le 15 février 1892, salle Huguier, lit n° 3.

Ses parents sont morts de maladies inconnues, la malade étant en bas-âge.

Rien à noter dans son enfance. Réglée à seize ans ; menstrues régulières, mais douloureuses. Mariée à dix-neuf ans. Pas de grossesses ni fausses couches. A l'âge de 22 ans, elle fit un effort violent pour empêcher un individu de tomber. Au moment de cet effort, elle sentit comme quelque chose qui craquait dans son ventre ; la douleur lui fit perdre connaissance.

Depuis cette époque, elle souffre presque continuellement. D'ordinaire la douleur est cependant supportable. Au moment de ces crises, les douleurs s'irradient dans les jambes et les épaules, le repos au lit la soulage. Elle consulta M. Péan qui lui conseilla de porter une ceinture, ce qui fût fait. Tout phénomène douloureux disparût par le port de cette ceinture.

Dernièrement la ceinture devenant insupportable elle entra à Beaujon.

La malade est d'une bonne constitution ; les digestions sont faciles, la constipation opiniâtre. Tous les organes paraissent normaux. Elle pleure et rit facilement, paraît très nerveuse et cependant on ne découvre rien d'anormal ni du côté de la sensibilité ni de la motilité. Aucun trouble fonctionnel de l'appareil urinaire. Par la palpation bimanuelle on sent, dans le flanc droit, une tumeur qui a la forme du rein, tumeur lisse, de consistance ferme, qui dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt. Cette tumeur qui n'est que le rein, est mobile et, par la pression, ne paraît pas douloureuse. Les organes génitaux sont sains. L'utérus seulement est en latéroversion.

La malade fut opérée le 20 février 1892. Incision un peu oblique, le rein étant légèrement dévié vers l'ombilic. Quatre points de suture : deux à la soie et deux au catgut.

La quantité d'urine, un peu sanguinolente, émise dans les premières vingt-quatre heures, fut de 539 et le deuxième jour de 735 grammes.

Le dixième jour la malade fut prise d'oppression, et à l'exa-

men de la paroi thoracique on trouva un peu de matité du côté gauche avec diminution du murmure vésiculaire. Température 39°.

On la fait passer dans le service de M. Millard à Beaujon où elle fut emportée par l'influenza le 10 mars 1892.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Rein mobile traumatique avec sensation de craquement au moment de l'accident. Néphrorrhaphie par M. Tuffier. Guérison.

M... Joséphine, âgée de 48 ans, ménagère, entre le 2 mars 1892, salle Huguier, lit n° 10.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires, les parents étant morts de maladie inconnue.

Réglée à 11 ans ; menstruations régulières. A 21 ans, elle eut la variole. Mariée à 22 ans. Ni grossesse, ni fausse couche.

Il y a 12 ans, la malade est tombée dans un escalier. A la suite de cette chute, une inflammation se serait déclarée dans le ventre et on aurait constaté une petite tumeur dont la ponction faite à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crural, ramena un liquide clair. On voit encore la trace de la piqûre à l'endroit sus-mentionné. Six mois de séjour au lit.

Au mois de juillet 1891, voulant faire un effort au-dessus de ses forces pour manier un grand matelas, elle sentit comme une déchirure intérieure dans le flanc droit, suivie de douleurs très vives.

Depuis lors, elle souffre continuellement, surtout après une fatigue ou une marche un peu prolongée. Dans la position horizontale les douleurs cessent presque complètement. Depuis cet accident elle urine plus souvent et parfois avec un peu de dou-

leur, au moment de la miction. Ne pouvant plus se livrer à aucun travail, elle entre dans le service de M. Th. Anger.

Son état général paraît très bon, et on ne trouve rien du côté du tube digestif ni du côté du système nerveux. Le palper lombobo-abdominal révèle au flanc droit le ballottement rénal d'une façon très appréciable. Le rein se trouve à trois travers de doigt du rebord des fausses côtes et paraît un peu plus gros.

Opérée le 5 mars 1892 par M. Tuffier. Incision verticale. Trois points de suture ; deux au catgut et une à la soie plate. Les suites de l'opération furent excellentes. La quantité d'urine du premier jour fût de 975 et du deuxième jour 1260 grammes. Guérison complète et sortie le 14 avril 1892.

Revue le 25 juin 1892. Elle nous dit ne plus souffrir du tout. Les fonctions digestives et nerveuses sont normales. L'examen de la région lombaire nous fait voir une cicatrice linéaire légèrement hypertrophique. Par le palper la région n'est pas du tout douloureuse et à peine on sent l'extrémité inférieure du rein. Dans la position genu-pectorale le rein paraît absolument fixe.

Revue le 27 octobre 1892.

Cette malade est chétive et toujours malade, elle nous dit cependant qu'elle n'a plus souffert depuis son opération. Seulement elle ne peut se livrer à un long travail qui nécessite une station verticale prolongée.

Les fonctions digestives s'accomplissent plus ou moins bien.

Le système nerveux est normal.

La cicatrice est parfaite, linéaire, légèrement hypertrophique. La glande rénale est absolument fixe, on ne peut la sentir même dans la position genu-pectorale. Les fonctions urinaires sont normales avec cette différence qu'elle urine plus souvent que par le passé depuis bientôt deux mois.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Rein mobile simple. Néphrorrhaphie par M. Tuffier. Guérison.
L'opération remonte à 8 mois.

T... Louise, âgée de 29 ans, femme de chambre, entre le 8 mars 1892, salle Huguier, lit n° 1 *bis*.

Santé délicate, mais point de maladie. Règles à 13 ans ; menstruations régulières, et, dans les intervalles, quelques pertes blanches. Mariée à 21 ans. Neuf mois après, premier accouchement à terme ; couches et suites très bonnes. Dix-sept mois plus tard, deuxième accouchement dans les mêmes conditions. Depuis cette dernière couche, pertes blanches très abondantes. Un médecin consulté lui conseilla de prendre des injections très chaudes. Depuis six mois elle souffre de la fosse iliaque droite, quelquefois à la suite d'une fatigue, quelquefois brusquement.

Il y a six semaines ces douleurs se compliquant de malaises et de nausées, un médecin consulté crût avoir affaire à une inflammation péricœcale et conseilla des cataplasmes et des purgatifs. Aux pertes blanches, il opposa les injections boriquées chaudes à 2-pour 100. La malade fût un peu soulagée par ce traitement. Depuis 15 jours, recrudescence des douleurs. Le même médecin consulté trouva cette fois un rein flottant dans la fosse iliaque et conseilla une ceinture de flanelle. Cette ceinture appliquée en donna aucun résultat et force fût à la malade d'entrer à l'hôpital.

La malade est délicate et un peu anémique. L'appétit est conservé, mais les digestions sont lentes et la constipation habituelle. En examinant la fosse iliaque droite, on trouve un peu d'empâtement qui n'est autre que le cœcum distendu par les matières fécales. Peut-être les inflammations cœcales retentissent-elles sur le rein par l'intermédiaire du ligament reno-cœcale décrit par

M. Tuffier. En examinant le flanc droit par la méthode bimanuelle, on constate un peu de sensibilité de cette région avec un ballottement rénal très manifeste. Le rein est descendu presque jusqu'à la fosse iliaque.

L'appareil urinaire fonctionne d'une façon normale.

Tous les autres appareils sont sains. Un peu de sensibilité sus-pubienne par la pression, et le toucher vaginal permet de diagnostiquer une antéverson. Les culs-de-sac sont libres.

Elle fut opérée le 12 mars 1892 par M. Tuffier. Incision verticale. Trois points de sutures : un à la soie et deux au catgut. Aucun trouble consécutif. La quantité d'urine fut, le premier jour, de 930, le deuxième de 1210 et le troisième de 1825 grammes.

Le premier jour, l'urine était un peu teintée de sang. Guérison complète et sortie le 12 avril 1892.

Revue le 24 octobre 1892.

Depuis son opération elle n'a plus souffert ; seulement il y a un mois elle sentit quelques douleurs dans le flanc dissipées après l'application d'un vésicatoire.

L'appétit irrégulier, mais les digestions sont faciles et pas de constipation. Système nerveux normal, ainsi que les fonctions urinaires. La cicatrice est linéaire, très sensible au moment des règles. Le rein est absolument fixé. Par la palpation dans la position genu-pectorale on sent à peine son extrémité inférieure. Cette malade dit avoir engraisé de dix kilos depuis son opération.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Rein mobile douloureux. Néphrorrhaphie, par M. Tuffier.

L'opération remonte à 7 mois.

B... Couty, âgée de 46 ans, femme de chambre, entre le 5 avril 1892, salle Hugnier, lit n. 9.

Son père alcoolique, est mort d'une gangrène de la jambe; sa mère est morte d'un cancer de l'utérus, un frère a succombé après une maladie d'estomac au service militaire.

A cinq ans, elle eût la scarlatine et depuis rien de sérieux à noter. Règles à dix-sept ans; menstruations irrégulières apparaissant tous les deux, trois ou quatre mois. Mariée à vingt-deux ans, et au bout de six ans de mariage elle eût un enfant; couches et suites très bonnes.

Il y a six mois, elle s'aperçût, en mettant son corset, qu'elle avait une tumeur au flanc droit. N'en ayant point souffert elle ne s'en inquiéta pas. Depuis huit jours, à la suite d'une grande fatigue, elle ressentit des douleurs assez fortes dans le flanc droit. En même temps elle crut remarquer que la petite tumeur susmentionnée avait grossi. Les douleurs disparaissaient presque totalement, le matin pour revenir le soir, en redoublant de violence. Elle vint à la consultation, ou après un examen superficiel, on la reçut dans notre service.

Son état général est relativement bon. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité.

A la partie latérale du flanc droit, on trouve un petit lipome diffus. La région rénale droite paraît un peu sensible à la palpation. On découvre facilement le ballottement rénal par la manœuvre bimanuelle. En interrogeant le système nerveux, on voit qu'on se trouve en présence d'une femme très impressionnable. La sensibilité générale est intacte. Il existe un peu d'anesthésie pharyngienne. La malade nous raconte que, pendant sa jeunesse elle avait eu quelques attaques d'hystérie traitées par les douches. L'opération eût lieu le 7 avril 1892. Incision un peu oblique. Trois points de suture : un à la soie et deux au catgut.

La quantité d'urine n'a pas été recueillie.

Le 26 avril, la malade eût un peu de fièvre. La commissure inférieure de la plaie donna passage à un peu de pus et au fil de

soie infecté. Guérison complète et sortie le 14 juin 1892. La cicatrice est hypertrophiée en haut et déprimée en bas.

Revue le 28 septembre 1892.

Souffre encore de temps en temps de ses reins, invariablement le matin ou le soir. Mange et digère très bien. Pas de constipations. Système nerveux normal. La cicatrice est déprimée en haut. Le rein droit est bien fixé et dans la position gènu-pectorale on ne le sent presque pas. Depuis son opération elle a engraisé de 7 livres.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Rein mobile simple à droite, forme dyspeptique. Néphrorrhaphie.
Guérison. L'opération remonte à 6 mois.

B... Bonnet, âgée de 23 ans, couturière, entre le 14 mai 1892, salle Huguier, lit n° 1.

Parents bien portants.

Bien portante jusqu'à l'âge de douze ans. Elle contracta à ce moment la rougeole. Depuis l'âge de quinze ans, elle souffre de son estomac. Peu d'appétit. Digestions lentes. Après les repas gonflement du creux épigastrique, éructations acides et constipation habituelle. Le régime lacté n'amène aucune amélioration. Les menstrues se produisirent vers douze ans et furent régulières. Depuis l'âge de dix-sept ans, la malade souffre, presque continuellement, des lombes du côté droit, surtout après une fatigue. A dix-huit ans, elle eut la scarlatine. Mariée à vingt et un ans. Une fausse couche de deux mois, après laquelle les douleurs lombaires acquirent une telle intensité qu'on appliqua un vésicatoire. La malade garda le lit pendant vingt-deux jours. Il y a un mois, elle fut prise de fréquentes envies d'uriner et d'une violente constipation dont l'on ne vint à bout que par des moyens artifi-

ciels. Dans ces circonstances la malade vint réclamer nos soins.

La malade est maigre, chétive, d'une constitution délicate. Elle n'a presque pas d'appétit et se plaint d'une dyspepsie qui date de cinq années. Toute ingestion d'aliments détermine un ballonnement immédiat du ventre.

Les autres fonctions s'accomplissent très bien. En examinant le flanc droit par le palper bimanuel on découvre une ectopie rénale.

Le diagnostic porté fut rein mobile simple à forme dyspeptique.

La malade fût opérée le 19 mai 1892.

Incision verticale. Trois points de suture : deux au catgut et un à la soie. Les urines n'ont pu être recueillies. La malade sort complètement guérie de son rein mobile ; cicatrice linéaire. Les troubles dyspeptique et la constipation sont sensiblement améliorés par le régime lacté.

Revue le 23 septembre 1892.

La malade ne souffre plus du tout si ce n'est après une rude fatigue. L'appétit est conservé et digère assez bien en dépit d'une légère dilatation stomacale. La constipation est habituelle. Le système nerveux est normal et la sensibilité générale intacte. La cicatrice est parfaite, un peu rouge et assez sensible. Par la palpation, surtout dans la position genu-pectorale, le rein est absolument fixé.

OBSERVATION X (personnelle).

Rein mobile simple avec hydronéphrose au début. Exploration intra-rénale. Néphrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 5 mois.

B... Brethole, âgée de 45 ans, sans profession, entre le 9 juin 1892, salle Huguier, lit n° 22.

Son père asthmatique vit encore ; sa mère est morte à la suite d'une fausse couche et son mari a succombé d'une affection cardiaque.

Rien à noter dans son enfance, si ce n'est de l'impétigo. Réglée à dix-sept ans ; menstruations régulières. Mariée à dix-huit ans. Dix mois après, premier accouchement à terme ; couches et suites très bonnes. Quinze mois plus tard, une fausse couche de deux mois.

Après huit jours, une péritonite se déclare qui fut traitée par les moyens ordinaires :

Glaces en permanence sur le ventre et à l'intérieur de l'opium. La malade garda le lit pendant trois mois. C'est alors qu'elle s'aperçoit qu'une tumeur flotte, pour ainsi dire, dans son ventre. Cette tumeur était douloureuse et quelques chirurgiens voulurent l'opérer. M. Richet s'y opposa, et l'envoya faire une cure à Plombières, tout en lui conseillant de porter une ceinture.

Pendant cinq années consécutives, elle était prise de douleurs vives dans le flanc droit, au mois de mai et juin. Après avoir passé un ou deux mois au lit, elle partait pour faire la même cure. A vingt-cinq et trente et un ans, deux nouvelles grossesses ; couches et suites très bonnes.

Pendant dix ans elle ne présenta rien. En 1889, son mari tomba malade et elle-même se fatigua à son chevet. Cette fatigue amena des pertes blanches considérables qui durèrent longtemps. Elle ne s'en défendit que par des injections, conseillées, du reste, par son médecin ordinaire.

Au mois de novembre 1891, elle fût prise de douleurs atroces dans le flanc droit. Une chute survenant dans ces circonstances déterminèrent une syncope qui dura vingt minutes.

Depuis cette époque elle souffrait presque continuellement et n'est soulagée que par le repos au lit. Le mois de mars 1892 amena une perte de sang abondante qui ne prit fin qu'après dix-

huit jours. Des injections très chaudes lui furent conseillées par le Dr Selle qui nous l'adressa.

La constitution de la malade est médiocre.

L'état général est assez bon, quoique la malade soit un peu anémique. Elle paraît très nerveuse, change de caractère et s'irrite pour les causes les plus futiles. La sensibilité générale est intacte. On constate cependant un peu d'anesthésie pharyngienne. Les fonctions digestives s'accomplissent bien, malgré une légère dilatation stomacale. Le ventre est étalé, mais ferme. Les jambes sont variqueuses dans une grande étendue. Les fonctions urinaires sont normales, mais en examinant la région rénale on trouve le rein un peu plus gros et ectopié. Les organes génitaux sont normaux. L'utérus fibromateux.

La malade fut opérée le 13 juin 1892. Trois points de sutures ; une à la soie et deux au catgut. Les suites de l'opération furent excellentes. La quantité d'urine, recueillie le premier jour, fut de 780 et le deuxième jour, de 1100 grammes.

Sortie complètement guérie avec une cicatrice parfaite, le 20 juillet 1892.

Revue le 27 octobre 1892. Cette malade ne souffre pas comme par le passé, mais cependant elle sent de temps en temps quelques douleurs lombaires.

L'appétit est émoussé, les digestions faciles et la constipation est opiniâtre. Dernièrement elle eût deux attaques de nerfs très violentes. La sensibilité générale est intacte. La cicatrice est linéaire, un peu sensible au toucher. Le rein est absolument fixe et dans la position génu-pectorale on sent à peine l'extrémité inférieure de la glande. Les fonctions urinaires sont normales.

OBSERVATION XI (personnelle).

Rein mobile simple avec crises douloureuses simulant des coliques hépatiques chez une femme neurasthénique. Néphrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 8 mois.

M... Martin, âgée de 32 ans, infirmière, entre le 26 février 1892, salle Huguier, lit n° 11.

Son père est mort à la suite d'un accident, et sa mère souffrant d'une maladie d'estomac est soumise au régime lacté depuis quelques années.

Santé parfaite dans son enfance. Réglée à dix ans. De seize à dix-huit, elle a cessé de voir ses règles. A cette époque, elle eut une maladie d'yeux dont elle ne peut préciser la nature. A dix-huit ans, elle recommença à voir ses règles sans régularité jusqu'à vingt-six ans. De vingt-six à trente, menstruations régulières, puis plus rien pendant dix mois.

La malade accuse des maux d'estomac depuis fort longtemps. Elle suit le régime lacté. Il y a trois ans, elle eut deux attaques de coliques hépatiques qui, chaque fois, l'ont alitée pendant deux mois. Dans l'intervalle de ces crises, elle souffrait, mais d'une manière supportable. C'était dans le flanc droit comme une forte pesanteur qui se transformait en de violentes douleurs, après une fatigue ou une longue marche. Jamais d'ictère ni de douleur dans les épaules. Le 3 juin 1891, elle met au monde un enfant dans de mauvaises conditions. Une pelvi-péritonite se déclara ; la malade resta trois mois au lit et fut traitée par les injections intra-utérines. Au bout de ce temps, on lui fit un curettage de l'utérus. Depuis la fin de décembre, ses douleurs l'empêchèrent de travailler. A bout de force, elle entre dans le service de M. Théophile Anger à Beaujon.

La malade est d'une bonne constitution relative. Avant d'entrer

chez nous, elle a été pendant six semaines dans le service de M. Goubault où on la traita pour des coliques hépatiques. Croyant avoir affaire à une inflammation de la vésicule biliaire on nous l'adressa.

Après un examen minutieux de la région douloureuse (flanc droit), M. Tuffier arrive à circonscrire une tumeur rénitente, mobile, ayant la forme du rein, s'étendant jusqu'au niveau de l'ombilic et même le dépassant de deux travers de doigt, et de plus on sent un ballotement manifeste. M. Tuffier diagnostique un rein flottant. L'appétit est presque perdu et c'est avec difficulté qu'on arrive à lui faire absorber quelques aliments. Les douleurs d'estomac furent attribuées à la direction du rein comme dans la forme dyspeptique. Constipation habituelle. Rien du côté du système nerveux si ce n'est un peu d'anesthésie pharyngienne. Du côté des organes génitaux on trouve un peu de salpingite droite. Pour être bien fixé sur le diagnostic, on examine la malade à plusieurs reprises, et toujours on arrive au même résultat.

Elle fût opérée le 26 mars 1892 par M. Tuffier. L'incision fût faite presque parallèlement à la douzième côte, étant donnée la nouvelle position du rein. Deux points de sutures : un au catgut et un à la soie.

Le 7 avril, la cicatrisation était presque complète. Un point de suture suppura jusqu'au 26 avril. Le 3 mai 1892, la malade sortait présentant encore un point bourgeonnant, à l'angle inférieur de la plaie.

Le 24 mai. — Elle vint nous retrouver pour une fistule siégeant à l'angle supérieur de la plaie. Le stylet nous conduisit à une profondeur de six à sept centimètres sur un point suppurant. Il s'agissait d'une fistule occasionnée par le fil de soie infecté. Avec un crochet on tenta, sans succès, de le retirer. Le 17 juin après chloroformisation, on agrandit la fistule par une incision et on retira de la partie profonde les deux chefs du fil de soie.

Tamponnement à la gaze iodoformée. Cette fois la plaie se cicatrises par seconde intention et la malade sortit complètement guérie le 24 juillet 1892.

Le rein était complètement fixé.

Revue le 17 octobre 1892.

Depuis son opération elle n'a jamais eu plus de crise douloureuse. L'appétit est émoussé, mais les digestions sont faciles. La constipation est habituelle. Le système nerveux est normal. L'état général est bon. Elle prétend ne pouvoir mettre un corset à cause des douleurs qu'il développe en même temps qu'il fait saigner la plaie. La cicatrice est linéaire et un peu déprimée vers l'extrémité supérieure. Elle n'est pas douloureuse. Par la palpation lombo-abdominale la région est un peu sensible à la partie postérieure. Le rein est bien fixé. Dans la position genu-pectorale on le sent à peine. Les fonctions urinaires sont normales.

OBSERVATION XII (personnelle).

Ectopie intermittente du rein droit (luxation récidivante).

Uh... Alexandrine, âgée de 26 ans, ménagère, entre le 3 mars 1892, salle Huguier, lit n° 1.

Son père est mort de maladie inconnue, sa mère a succombé des suites d'une congestion cérébrale. Sa sœur épileptique en traitement à la Salpêtrière.

Aucune maladie dans son enfance, si ce n'est une chute de la hauteur de deux mètres sans suites fâcheuses.

Réglée à 15 ans ; menstruations régulières. Mariée à 19 ans. Ni grossesse, ni fausses couches. En janvier 1891, elle entreprit de faire descendre un infirme d'une hauteur de quatre étages. Au troisième, elle glissa, et pour ne pas tomber avec le malade, elle fit un effort très violent. Au même instant, elle ressentit une

douleur très aiguë dans le flanc droit. Cette douleur se dissipa quelques instants après pour recommencer, le lendemain, avec une nouvelle violence. Quinze jours après, ses souffrances étaient tellement fortes qu'elle entra à Broussais où elle fut traitée par des douches et des pointes de feu. Ce traitement ne fit rien, et le Dr Barth, après un examen minutieux, diagnostiqua un rein flottant douloureux. Il lui fit construire une ceinture à pelote rénale qu'elle ne put supporter.

D'autres médecins consultés ne trouvèrent pas d'ectopie rénale. Enfin le Dr Barth étant sûr de son diagnostic, la recommanda à M. Tuffier, qui la fit entrer à Beaujon dans le service de M. Th. Anger.

L'état général de la malade est très bon. L'appétit est conservé; parfois quelques crampes d'estomac. La région rénale droite paraît un peu plus sensible qu'à l'ordinaire. Le palper bimanuel nous fait sentir le ballottement rénal d'une façon très évidente. On trouve le rein à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. La miction est normale, sauf un léger degré de pollakiurie. On ne découvre rien du côté des autres organes.

L'opération fut décidée pour le 8 mars 1892. La malade étant endormie, on rechercha le rein et on ne put le retrouver car il était rentré dans sa loge. Dans ces conditions l'opération fut remise.

Le 9 mars. — La malade sortit, en se refusant d'accepter toute intervention nouvelle.

Revue le 19 octobre 1892. Elle souffre toujours. Croyant l'opération grave elle ne veut pas se soumettre.

Une ceinture bien étroitement appliquée la soulage des fois, mais parfois aussi elle devient intolérable.

Rien d'anormal dans les autres appareils. Suivant les conseils d'une de ses amies elle finira, dit-elle, par accepter l'opération.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Rein mobile chez une multipare.

L... Eugénie, âgée de 30 ans, couturière, entre le 9 avril 1892, salle Huguier, lit n° 5 *bis*.

Son père est bien portant, quant à sa mère, elle est morte d'une maladie de cœur. Rien à noter dans son enfance. Réglée à 13 ans; menstruations régulières. Mariée à 18 ans. Neuf mois après, premier accouchement à terme. Couches et suites très bonnes. Deux ans plus tard, fausse couche de deux mois. Un an après, deuxième accouchement; puis onze mois plus tard, fausse couche. L'année suivante, troisième accouchement dans les mêmes conditions que les deux premiers. Dernier accouchement prématuré, celui-là, en septembre 1891, à la suite d'une chute d'un lieu peu élevé.

Deux mois après, elle tomba d'une échelle et son flanc droit porta sur le bord d'un tabouret en bois (petit banc). Elle ressentit aussitôt une douleur vive, mais passagère. Le lendemain elle remarqua comme un corps flottant dans son ventre et ne put travailler sans souffrir. Elle renonça à tout travail.

Les D^{rs} Le Dentu et Duguet consultés, diagnostiquèrent, le premier, un rein flottant, et le second, une tumeur.

Ce dernier lui fit une ponction qui resta négative.

Le D^r Le Dentu conseilla l'opération qu'elle devait attendre, en portant une ceinture. Celle-ci la soulagea beaucoup.

Au mois d'août 1891, elle fit une nouvelle chute et souffrit dès lors de plus en plus. La ceinture avait amélioré quelque peu ses souffrances, lorsque au mois de mai dernier, les douleurs s'accrurent et l'amènèrent à nous consulter.

L'état général de la malade est satisfaisant. Toutes les fonctions s'accomplissent d'une façon normale. L'examen de la région

rénale nous fait sentir un ballottement rénal des plus manifestes.

Elle refuse absolument toute opération. Une ceinture à pelote rénale confectionnée dans le service la soulagea d'une façon notable. Le 15 avril elle sort du service.

Revu le 17 octobre 1892. Elle ne souffre pas beaucoup. Cependant elle ne peut se livrer à aucun travail pénible, aussitôt elle est obligée de s'arrêter, les douleurs devenant intolérables. Elle a essayé d'une ceinture sans aucun résultat. Nous n'avons pu malgré toute notre bonne volonté obtenir aucun autre renseignement, la malade ne voulant pas se laisser examiner en prétendant que la chirurgie n'y pouvait rien et que c'était l'affaire d'un médecin.

OBSERVATION XIV

Rein mobile compliqué. Entroptose. Névropathie. Goitre exophtalmique. Due à l'obligeance de M. le D^r Duchesne (d'Orbec).

M^{me} le G..., âgée de 29 ans, n'a jamais eu de maladies aiguës. Son père est mort à 28 ans d'anémie et de tuberculose pulmonaire. Elle a été réglée à 10 ans et la menstruation a toujours été, jusqu'à ces derniers temps, régulière, quoique douloureuse. Mariée une première fois, elle a fait une fausse couche de six mois, qu'elle met sur le compte d'une très vive émotion. D'un second mariage est né à terme un enfant actuellement vivant et très bien portant. Pendant sa deuxième grossesse, M^{me} le G., a éprouvé de grandes contrariétés, des peines morales très vives. L'accouchement a été assez laborieux et suivi d'une affection utérine aiguë, dont la nature n'est pas précisée et qui fût traitée par des révulsifs et des cautérisations. L'état général devient alors relativement mauvais. Elle commença à maigrir et à perdre ses forces. Peu à peu elle pût reprendre sa vie ordinaire. Elle aurait cepen-

dant conservé une sensation qui dégénérait en souffrances réelles au moment des règles. Son caractère était devenu extrêmement irritable.

Je fus appelé auprès d'elle le 17 mai dernier. Elle me raconta qu'elle souffrait horriblement dans le bas-ventre et que ses règles qui avaient un retard de huit ou dix jours, venaient d'apparaître avec des allures qui l'inquiétaient. Je pensai à une fausse couche, et fis, en conséquence, une prescription qui ne pût être suivie entièrement. L'avortement se termina le 22 mai par l'expulsion d'un embryon paraissant âgé de cinq semaines.

Au cours de ma visite, je fus frappé par le volume exagéré du cou et l'étrangeté du regard. Un examen minutieux et détaillé des différents appareils et organes me donna les résultats suivants.

M^{me} le G... est très amaigrie, les traits sont fatigués; la face pâle et terreuse se colore parfois de rougeurs fugaces qui disparaissent subitement, ses yeux sont un peu saillants. Ils ne semblent jamais être qu'aux trois quarts ouverts. Le corps thyroïde est sensiblement hypertrophié, mais cette hypertrophie augmente quand la malade est sous le coup d'une vive émotion pour décroître ensuite.

Le cœur bat régulièrement, mais les bruits sont fortement accentués et se succèdent rapidement. A deux reprises j'ai compté 125 et 130 pulsations. A la base du cœur, l'oreille perçoit un souffle d'anémie. Les artères et surtout les carotides elles-mêmes sont animées de battements que la malade perçoit. Enfin M^{me} le G... est atteinte, par intermittence, et surtout quand elle est émue ou irritée, d'un tremblement marqué des membres supérieurs.

Le ventre est un peu étalé, à paroi molle et dépressible. Dans l'effort, il se forme une espèce de saillie centrale dans laquelle tous les intestins semblent se réunir. La pression surtout à

droite est douloureuse. La palpation bimanuelle permet de découvrir de ce côté le rein abaissé et mobile avec ses caractères : forme, constance. De plus on perçoit le ballottement et la sensation de fuite vers la fosse lombaire.

L'utérus est un peu gros ; le col ramolli et perméable, est atteint d'un certain degré d'abaissement. Les culs-de-sacs me paraissent libres.

M^{me} le G... est sujette à des alternatives de diarrhée et constipation. Elle est de plus atteinte d'hémorroïdes internes. Elle a constaté à plusieurs reprises, et en assez grande abondance, du sang dans ses selles.

L'appétit est conservé, la langue normale. La digestion est pénible et lente ; la région méso-gastrique se gonfle après les repas au point que la malade ne peut supporter son corset et ses jupons. Cependant même après le repas, elle éprouve une sensation de faiblesse, de vide, qu'elle ne sait à quoi attribuer. Ces symptômes doivent être mis sur le compte d'une dilatation d'estomac.

M^{me} le G... accuse très nettement, quand elle est debout et fatiguée, cette sensation (sur laquelle j'ai insisté dans ma thèse) (1) de la masse intestinale paraissant reposer sur le bas du ventre. Pour obvier à cette sensation désagréable, la malade relève son ventre à l'aide des deux mains et se déclare soulagée par cette manœuvre.

Rien à signaler dans l'appareil respiratoire ; rien au foie ni à la rate.

M^{me} le G... est extrêmement nerveuse. D'un caractère irritable et émotif au plus haut point, elle se met en colère et pleure au moindre motif. Sa physionomie est d'habitude triste et abattue.

Elle a perdu la majeure partie de ses forces. Elle n'a de goût

1. Duchesne. Th. de Paris, 1891.

à rien. Elle éprouve, au moment des émotions vives, la sensation de boule qui remonte derrière le sternum et l'étouffe. Elle est sujette à de fréquents maux de tête, avec sensation de clou aux points classiques.

La sensibilité du voile du palais est très émoussée. Les troubles sensitivo-sensoriels sont peu accentués.

Les urines normales ne contiennent pas d'albumine.

J'ai prescrit des injections antiseptiques et le repos au lit contre l'avortement.

Une large ceinture combat l'entéroptose, tandis que je soutiens les forces de ma malade, à l'aide de préparations toniques et arsénicales (30 mars 1892).

OBSERVATION XV (Personnelle).

Rein mobile. Simple traumatisme chez une neurasthénique.

Nephrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 4 mois.

B... Clémence, âgée de vingt-quatre ans, blanchisseuse, entre le 6 juillet 1892, salle Huguier, lit n° 13.

Son père est mort d'une tumeur dans le ventre et sa mère est bien portante.

Dans sa première enfance, elle fut atteinte d'adénite suppurée dont nous relevons les cicatrices (écrouelles). A onze ans, elle eut la rougeole et la coqueluche.

Réglée à quinze ans, menstruations quoique régulières, douloureuses et très abondantes. Mariée à seize ans, elle accoucha en vingt-neuf mois trois fois à terme, sans aucun accident. Quelque temps après son dernier accouchement, elle présenta quelques douleurs dans le ventre, avec irradiations à la vessie. Ces douleurs s'exaspéraient par la marche et la fatigue. En resserrant les cordons de son corset, la malade se déclare notable-

ment soulagée. Une ceinture construite par elle ne fut point supportée.

Il y a huit jours, le 30 juin, en tenant un gros paquet de linge évalué à quarante ou cinquante livres, elle tomba dans un escalier, et perçut, à l'instant même, une vive douleur dans le flanc droit, avec sensation d'une boule qui se déplaçait dans l'abdomen.

Des nausées et des vomissements étant survenus, elle consulta une sage-femme, car elle se croyait enceinte. Cette dernière lui apprit qu'il n'en était rien et lui conseilla d'entrer dans un hôpital.

La malade paraît d'une bonne constitution malgré quelques cicatrices déprimées au cou et à la nuque.

L'appétit est conservé, en dépit d'une légère dilatation stomacale. Le ventre est un peu flasque, mais non trilobé par la méthode que nous avons indiquée. Elle présente quelques varices à la racine de la cuisse droite. En examinant la région rénale on découvre avec facilité le rein déplacé vers l'ombilic.

En interrogeant le système nerveux on trouve une hémianesthésie complète à forme hémiplegique du côté droit. La sensibilité pharyngienne paraît un peu diminuée. Le sein et le mamelon droit sont complètement insensibles.

La malade fût opérée le 9 juillet 1892. Incision oblique. Trois points de suture, un à la soie et deux au catgut.

Le second jour, la température monte à 39°,1 ; le troisième jour à 38°,5. Cette fièvre cède à un léger purgatif.

La quantité d'urine du premier jour fut de 862, du deuxième de 330, du troisième de 720, et du quatrième de 1,100 grammes.

La malade sort complètement guérie avec une cicatrice parfaite le 2 août 1892.

Détail curieux. — L'hémianesthésie complète disparut, le lendemain de l'opération, pour faire place à l'hypéresthésie.

Revue le 14 octobre 1892. Elle jouit d'une parfaite santé. Elle

mange bien et digère de même en dépit d'une légère dilatation stomacale. Elle va bien à la garde-robe, et n'est nullement constipée. En examinant la région rénale droite on trouve une cicatrice linéaire légèrement hypertrophique. Le rein est absolument fixe et on sent à peine l'extrémité inférieure et même dans la position genu-pectorale il ne bouge pas. Le système nerveux est normal on trouve seulement à la partie externe de la cuisse la sensibilité un peu émoussée.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Rein mobile compliqué au début. Rétroflexion utérine adhérente.
Hystéropexie. Ceinture rénale.

L... Anna, âgée de vingt-trois ans, femme de chambre, entre le 16 juillet, salle Huguier, lit n° 18.

Son père alcoolique se porte bien et sa mère bien portante aussi présente des crises nerveuses assez fréquentes.

Convulsions dans la première enfance et variole à sept ans. Réglée à quinze ans; elle ne revit ses règles qu'un an après, puis tous les quatre et six mois. Ce n'est que depuis l'âge de vingt et un ans qu'elle est bien réglée. Ses règles durent, trois, quatre, cinq et huit jours et sont douloureuses et abondantes.

Depuis l'âge de seize ans, son ventre avait pris de très grandes proportions. L'appétit avait complètement disparu. Depuis la régularisation des fonctions menstruelles le ventre était revenu à son volume normal.

Il y a deux ans, elle est devenue irascible, capricieuse, pleure et rit pour les motifs les plus futiles. La station debout lui est pénible et elle ne peut se livrer à aucun travail sans ressentir de fortes douleurs lombaires.

Elle consulta un médecin qui lui dit qu'elle avait un prolapsus

utérin. On lui appliqua un pessaire qu'elle supporta pendant quatre mois.

Les douleurs s'étant exaspérées depuis deux mois, elle entra, sur le conseil d'une religieuse, dans notre service.

La malade est d'une constitution médiocre, les traits sont un peu tirés pour son âge.

Le ventre est flasque, et si, par la méthode de M. Tuffier, on ne trouve pas le ventre trilobé, on constate que la contraction ne paraît pas s'exécuter d'une façon normale.

L'appétit est émoussé, les digestions sont lentes. Il existe un peu de dilatation stomacale; la constipation alterne avec la diarrhée. Les membres inférieurs sont sillonnés de varices superficielles en grand nombre. Le système nerveux, lui aussi, est intéressé, l'anesthésie pharyngienne est complète.

Sur les membres, on trouve des zones insensibles et d'autres zones hyperesthésiées.

En examinant la région rénale, on trouve le rein droit déplacé d'une façon notable, il flotte dans la fosse iliaque.

La miction est normale.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus en rétroflexion adhérente et le cul-de-sac postérieur est très douloureux.

Hystéropexie le 22 juillet 1892. Le 5 août elle était complètement guérie des suites de son opération. On lui fit une ceinture à pelote rénale qui remplissait toutes les conditions. Aussi la malade ne souffrait plus, sortit le 7 août 1892.

Revue le 28 octobre 1892.

Depuis qu'on lui a fait porter une ceinture elle n'a plus souffert, mais aussitôt qu'elle la quitte elle commence à sentir une pesanteur qui dégénère en de véritables douleurs.

Le système nerveux est normal, seulement la sensibilité pharyngienne est complètement abolie.

Le rein est toujours déplacé et descend à trois travers de doigt

des fausses côtes. Il nous a été difficile de le retrouver et nous nous sommes pris à trois reprises après avoir longuement secoué la malade.

Les fonctions digestives et urinaires sont normales.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Rein mobile simple avec crises douloureuses aiguës. Hydronéphrose intermittente. Néphrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 4 mois.

T... Berthe, âgée de vingt ans, couturière, entre le 19 juillet 1892, salle Huguier, lit n. 18 *bis*.

Son père est mort d'une maladie inconnue et sa mère vit en bonne santé.

A huit ans, elle eut la rougeole et, à seize la fièvre typhoïde. Règles à quinze ans ; menstruations régulières, abondantes. Mariée à dix-neuf ans. Deux mois après une fausse couche qu'elle négligea pour reprendre, au plus vite, ses occupations.

Il y a un mois, vers le commencement de juin, elle fut prise subitement, vers le soir, des douleurs assez vives dans le flanc droit avec nausées et vomissements. Ces douleurs se prolongèrent jusqu'à une heure du matin.

Un cataplasme laudanisé les arrêta. La crise passée, il ne resta, le lendemain, qu'un endolorissement et une pesanteur.

Les douleurs ne se manifestent qu'à l'occasion d'une fatigue, mais surviennent certainement alors. Il est vrai qu'étant donnée la profession sédentaire de la malade, les fatigues et partant les douleurs sont rares.

Deux crises survenues coup sur coup avec redoublement des douleurs et fréquentes envies d'uriner amenèrent la malade à l'hôpital.

L'état général paraît très bon. L'appétit est conservé, les digestions sont faciles. Constipation habituelle cédant de temps à autre à l'ingestion d'un peu de rhubarbe.

En examinant la région rénale, on la trouve un peu sensible. Par la palpation lombo-abdominale, on perçoit le ballottement rénal d'une façon très évidente. Le rein est situé à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale.

En dehors de fréquentes envies d'uriner au moment des crises, on ne trouve rien du côté de l'appareil urinaire. Le système nerveux paraît sain : ni troubles fonctionnels ni troubles organiques.

Elle fût opérée le 23 juillet 1892.

On pratiqua une incision verticale et, après avoir sectionné tous les plans musculo-aponévrotiques, on arriva sur la capsule graisseuse périrénale qui fut déchirée. La glande était plus grosse et plus longue qu'à l'ordinaire. On explora ses deux faces, ses extrémités, enfin le bassin.

A un moment donné, on avait cru la malade atteinte d'une tumeur.

Le rein ne fût amené à la plaie qu'au prix des plus grandes difficultés. On trouva son extrémité inférieure gonflée.

A l'incision, M. Tuffier découvrit des altérations du tissu noble causées par une hydronéphrose au début. On recousut les deux valves du rein par une suture en surjet, et on termina l'opération par la néphrorrhaphie avec trois points de suture, comme d'ordinaire. Une soie et deux catguts. Les suites furent très bonnes.

La quantité d'urine émise fût de 780 grammes le premier jour, et 1120 le deuxième jour.

La guérison fût complète, et la malade, dont la cicatrice était parfaite au vingt-cinquième jour, reçut son exeat le 18 août 1892.

Cette malade fut revue le 22 octobre 1892. Depuis son opéra-

tion elle ne souffre plus du tout, la cicatrice est linéaire et un peu sensible au toucher. La glande est absolument fixe et ne bouge pas même dans la position genu-pectorale. La malade urine un peu plus souvent et ses urines contiennent de l'albumine. On lui a conseillé de suivre le régime lacté.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Rein mobile traumatique. Néphrorrhaphie. Guérison. L'opération remonte à 2 mois.

R... Gabrielle, âgée de 25 ans, ménagère, entre le 5 septembre 1892, salle Huguier, lit n° 20.

Le père est mort à 30 ans, de tuberculose, et la mère vit en parfaite santé.

Dans sa première enfance, la malade eut des convulsions. Réglée à 12 ans : menstrues régulières. Son travail est très pénible ; elle soulève des fardeaux un peu lourds et reste debout, quatorze heures par jour.

Mariée à 18 ans ; elle n'eut ni grossesse, ni fausse couche. Cependant, en 1889, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine qui dura dix-huit jours. Cette perte fut précédée d'un retard insignifiant.

Le 7 juin 1892, en descendant dans une cave, elle fit une chute, et son flanc droit porta sur une marche d'escalier. Elle ressentit une légère douleur.

Quelques jours après, elle éprouva comme une pesanteur et des tiraillements au niveau du flanc droit. Elle n'y attacha aucune importance et travailla comme par le passé. Vers la fin d'août, à la suite d'une longue marche, les souffrances redoublèrent, et elle se présenta à notre consultation.

La malade est d'une bonne constitution. Les fonctions digestives s'accomplissent bien. Pas de constipation. Aucun trouble du côté du système nerveux.

En examinant la région rénale droite, on trouve les signes d'une ectopie rénale.

A l'examen des organes génitaux on constate un peu d'antéversion utérine.

La malade fût opérée le 9 septembre 1892. Incision verticale. Trois points de suture comme de coutume.

Les suites de l'opération furent bonnes. On ne put recueillir les urines à cause de l'arrivée des règles. Sortie complètement guérie le 4 octobre 1892.

Revue le 24 octobre 1892.

Les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon normale. Rien à noter du côté du système nerveux.

La malade est cependant un peu anémique. Depuis quelques jours seulement elle souffre à la fin de la miction. La cicatrice est parfaitement linéaire et non douloureuse. Le rein est parfaitement fixé et même dans la position gènu-pectorale on ne le sent pas. Depuis sa sortie de l'hôpital elle n'a jamais ressenti aucune douleur.

OBSERVATION XIX (personnelle)

Rein mobile simple ? chez une neurasthénique.

L... Marie, âgée de dix-huit ans, domestique, entre le 6 septembre 1892, salle Huguier, lit n° 9.

Sa mère morte d'une maladie de la poitrine, le père jouit d'une bonne santé.

Dans sa première enfance, elle fût atteinte de laryngite striduleuse. La rougeole qu'elle contracta à onze ans marqua la seconde étape de sa vie. Régée à l'âge de quatorze ans ; menstrues régulières jusqu'à 1890. Pendant un an, elle eût ses règles, tous les quinze jours : elles étaient abondantes et douloureuses. Au mois de juillet 1891 survint une inflammation intestinale qui fût traitée en ville.

Mariée au mois de novembre de la même année, elle accoucha, le 10 août suivant, chez une sage-femme. Le quinzième jour qui suivit l'accouchement fût marqué par une forte hémorrhagie dont on se rendit maître après six jours seulement. Malgré cette perte de sang, la malade se leva pour travailler. Le 3 septembre 1892, elle fût prise de douleurs atroces dans le côté droit du ventre. Elle vient immédiatement nous consulter.

La femme est chétive, d'une constitution médiocre. L'appétit est conservé. Les digestions en général longues, sont marquées une heure après les repas, par une sensation douloureuse au creux épigastrique. Constipation opiniâtre.

La malade est une neurasthénique. L'anesthésie pharyngienne est absolue ; la vue normale ; mais la sensibilité cornéenne est notablement diminuée à droite. La sensibilité de la muqueuse pituitaire du côté droit et la muqueuse de l'oreille externe correspondante est diminuée d'une façon notable.

La sensibilité générale est complètement abolie du côté droit, au point qu'on peut enfoncer des épingles dans tout ce côté, mameelon compris, sans déterminer la moindre douleur.

En examinant la région rénale, on découvre une légère ectopie du rein droit.

La malade est encore traitée dans le service par les moyens médicaux : douches, massage et toniques ; elle est notablement améliorée.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

